



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le délire a-t-il une fonction psychique ?
Une approche psychodynamique des productions délirantes**

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 2018

au Pôle Formation

Par Sophie Bastard

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Cottencin

Monsieur le Professeur Jardri

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Medjkane

Avertissement : La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. LE DELIRE : UNE PREMIERE APPROCHE CONCEPTUELLE, NOSOGRAPHIQUE ET SEMIOLOGIQUE	3
1.1 : LA NOTION DE DELIRE ET LES CONCEPTS ASSOCIES.....	3
1.2 : NOSOGRAPHIE ET SEMIOLOGIE DU DELIRE.....	9
1.2.1. Approche descriptive sémiologique du délire :.....	9
1.2.2. Situation nosographique du délire :.....	23
2. APPORTS THEORIQUES PSYCHODYNAMIQUES SUR LA QUESTION DU DELIRE.....	30
2.1 : FREUD : LE DELIRE COMME TENTATIVE DE GUERISON	30
2.2 : APPORTS THEORIQUES DE L'ECOLE ANGLO-SAXONNE.....	34
Winnicott : délire et agonies primitives	34
Courant kleinien et post-kleinien :	35
2.3 : LACAN ET SES CONTINUATEURS	43
Lacan : la métaphore délirante comme substitut d'un défaut de métaphore paternelle	43
Maleval et la logique du délire :.....	47
Piera aulagnier : le délire comme « reconstruction d'un fragment manquant dans le discours de l'Autre »(54)	50
2.4 : COURANT TRANSGENERATIONNEL : DELIRE ET TRANSMISSION PSYCHIQUE ENTRE GENERATIONS	54
2.5 : LE DELIRE DANS LA DYNAMIQUE FAMILIALE ET INTER-SUBJECTIVE :	60
2.6 : APPORTS THEORIQUES PSYCHODYNAMIQUES D'AUTEURS CONTEMPORRAINS, LE DELIRE DE SOI A L'AUTRE :	64
René Roussillon : le délire comme processus de "symbolisation secondaire" ...	64
Flémal : les fonctions contenante, localisante, et identifiante du délire	65
Vassilis Kapsambelis : le délire comme défense contre l'altérité et contre le désir de l'autre	67
3. QUELLES GRANDES FONCTIONS PSYCHIQUES DU DELIRE PEUT-ON DEGAGER :.....	70
4. CAS CLINIQUE	76
5. INTERET DE CES QUESTIONNEMENTS EN PRATIQUE CLINIQUE.....	101
CONCLUSION.....	107
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	109

INTRODUCTION

Communément associé à l'image de la folie, le délire renvoie dans son étymologie issue du latin delirare, « s'écarter du sillon », à cette notion d'écart à la norme sociale et à la raison. La notion de délire recèle cependant plus de subtilités et de complexité que le sens commun ne le laisse entendre, et ce qui retient particulièrement l'attention au contact de sujets délirants, c'est l'intensité avec laquelle ils semblent adhérer à leur délire, comme s'il y avait là un enjeu vital.

« Mieux vaut délirer que mourir » (1) disait Racamier, c'est en effet ce que nous évoque la clinique de ces sujets délirants, adhérant à leur délire « comme à la peau de leur moi » (2), délire qui parfois résiste farouchement aux traitements médicamenteux ou se maintient à bas bruit. On constate ainsi que même les délires les plus persécuteurs et les moins agréables a priori semblent revêtir une importance majeure pour le sujet délirant. Au-delà d'une vision du délire comme maladie occasionnant des propos insensés qu'il faudrait simplement réduire, il nous a semblé intéressant de tenter de comprendre les enjeux du processus délirant dans la vie psychique d'un sujet et d'interroger alors la ou les fonctions que peut recouvrir le délire.

Dans une première partie nous aborderons le délire d'un point de vue conceptuel puis sémiologique et nosographique.

La deuxième partie sera consacrée à une revue de littérature concernant le délire et ses éventuelles fonctions d'après les principaux auteurs et courants psychanalytiques, et la troisième partie présentera une synthèse des fonctions psychiques du délire émanant des apports envisagés.

En quatrième partie nous présenterons un cas clinique dont nous proposerons une analyse psychiatrique et psychodynamique dans une perspective fonctionnelle, et la cinquième partie nous permettra de faire le lien entre cette approche fonctionnelle du délire et l'abord psychothérapeutique que l'on peut élaborer avec un sujet délirant en parallèle de la prise en charge médicamenteuse et institutionnelle.

1. LE DELIRE : UNE PREMIERE APPROCHE CONCEPTUELLE, NOSOGRAPHIQUE ET SEMIOLOGIQUE

1 .1 : LA NOTION DE DELIRE ET LES CONCEPTS ASSOCIES

Le délire a de tout temps suscité une certaine fascination. Anciennement perçu comme un message divin ou prophétique dans l'antiquité greco-romaine, il a commencé à être stigmatisé et assimilé à la folie à partir du moyen-âge, voire parfois considéré sous un angle démoniaque par la chrétienté (3). Malgré l'émergence d'une conception plus humaniste du « fou » durant la Renaissance, portée notamment par Erasme, Montaigne et Jean de Wier, le XVIIème siècle fut celui de l'enfermement et de la mise à l'écart du « fou » sous le « primat totalitaire de la raison »(3), comme le soulignait Michel Foucault. C'est à partir du XVII -ème et XVIIIème siècle que commencent à se développer des lieux de soins spécifiques et non plus d'enfermement pour les patients délirants. Sous l'influence du courant positiviste d'Auguste Comte, le délire devient alors objet d'étude scientifique(3). Les aliénistes, notamment Pinel, Esquirol, Kraepelin, Bleuler, se sont principalement attachés à élaborer des observations précises du délire sous toutes ses formes, tout en reconnaissant la difficulté à en extraire une définition univoque. Deux siècles ont été nécessaires pour qu'émerge la question de la fonction du délire dans la dynamique et l'économie psychiques d'un sujet, au-delà de la simple conception du délire comme « erreur de jugement, raisonnement faux, comme « maladie » »(4)

Pour commencer cette exploration du délire et de ses éventuelles fonctions psychiques, il nous faut d'abord tenter de cerner notre objet d'étude, le délire.

Le sens commun pourrait nous laisser croire que l'on sait bien reconnaître un discours délirant, qui « s'écarte du sillon »(3). Et pourtant, malgré l'évidence apparente, on se rend vite compte à y regarder de plus près que le délire ne se laisse pas si facilement définir. Nous allons aborder les principaux aspects de sa définition, ainsi que les problèmes qu'ils soulèvent.

Leuret illustre avec un certain humour cette difficulté à caractériser le délire « il ne m'a pas été possible de distinguer, par sa nature seule une idée folle d'une idée raisonnable. J'ai cherché, soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la plus folle ; puis, lorsque je la comparais à bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence »(5).

En effet, on ne peut généralement pas se prononcer sur le caractère délirant d'une idée indépendamment du sujet qui la produit, de la façon dont il vit et croit à cette idée d'un point de vue subjectif, et dans quel contexte intersubjectif.

En premier lieu, il est courant d'identifier un discours délirant par son rapport d'inadéquation avec la réalité, associé à la certitude qu'a le sujet de ce discours, que ses propos correspondent pourtant bien à la réalité.

Cette première définition soulève déjà bien des réflexions.

Tout d'abord, l'idée d'une correspondance avec «la réalité » sous-tend l'existence d'une réalité extérieure univoque, objective. Il ne nous est bien sûr pas possible en tant qu'humains d'avoir accès au « réel » existant indépendamment de nous. Nous le percevons en effet par l'intermédiaire de nos possibilités sensorielles, limitées, et qui ne sont par exemple pas les mêmes que celles d'autres espèces

animales. Puis nous interprétons ces afférences sensorielles par le biais de nos « appareils à penser » comme dirait Bion, de nos « catégories de l'entendement » comme l'explicitait Kant dans la Critique de la raison pure.

Donc nous n'avons pas directement accès au réel. Mais la plupart des humains parviennent à échanger entre eux à propos de leur monde environnant commun, et parviennent plus ou moins à s'entendre sur ce que l'on appelle une « réalité externe partagée », différente du réel, inaccessible.

Un premier point nous permettant de préciser la notion de délire est donc que son contenu n'est pas conforme à la « réalité externe partagée », dans une dimension intersubjective.

Cette réalité externe partagée, précisons-le cependant, est en partie dépendante de l'époque ainsi que du système culturel et linguistique dans lequel elle s'inscrit.

À côté de cette réalité externe partagée, qui nous permet d'échanger entre nous et de nous comprendre, ou d'en avoir au moins l'illusion, Freud a développé le concept de « réalité psychique » ou réalité interne. Ce terme apparaît dès 1900 dans l'Interprétation du rêve (6) , et correspond au vécu intime, réellement vécu, de chaque individu. Comme le précise Franco De Masi (7), il s'agit de « l'expérience subjective d'un individu qu'elle soit consciente ou inconsciente », elle 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 ».

C'est notamment par le biais des symptômes hystériques que Freud a pu développer ce concept de réalité psychique(7). D'une part avec les symptômes physiques de type « paralysies hystériques » en 1893, qui mettaient en évidence l'existence bien réelle d'un symptôme physique sans substrat biologique ou anatomique mais relié à une

réalité psychique. Ce fut également au décours des cures de patientes hystériques rapportant des traumatismes sexuels que l'opposition se fit jour entre réalité historique et réalité psychique, celle des fantasmes infantiles. Freud distingue l'activité perceptive qui reçoit la réalité externe, et l'activité représentationnelle qui conçoit la réalité psychique.

Enfin, comme on le verra avec Lacan notamment, ce que l'on dit ne peut pas correspondre totalement avec la réalité, interne psychique ou externe partagée. Par effet de langage, ce que l'on dit est une métaphore de ce que l'on cherche à dire, il n'est pas possible de transcrire exactement par le langage notre réalité psychique ni la réalité externe partagée. En ce sens Jacques-Alain Miller a pu dire « Tout le monde délire », mais il s'agit alors d'un « délire ordinaire » (8). Car l'entrée dans le langage s'accompagne d'une perte d'un indicible, d'un « objet a ».

C'est au contraire quand il n'y a plus de reconnaissance de cette différence entre la chose et sa représentation (langagière) qu'on peut situer le délire. En un sens, le délirant colle davantage au réel que le sujet non délirant, dans la mesure où il emploie les mots comme il manipulerait des objets, les mots deviennent « réels », Hana Segal a parlé à ce sujet d'équation symbolique.

Nous avons évoqué un autre critère important pour identifier une production délirante, c'est la certitude, ou conviction, que le sujet a de la véracité de ses propos. Freud à propos de la certitude développe l'idée que cette certitude est liée au « morceau de vérité historique » contenu dans tout délire : « la folie non seulement procède avec méthode, comme le poète l'a déjà reconnu, mais qu'elle contient aussi un morceau de vérité historique ; ainsi, on est amené à admettre que la croyance compulsive que rencontre le délire tire sa force justement de cette source infantile. »

Il élargit alors son hypothèse à l'échelle de l'humanité... « Si l'on considère l'humanité comme un tout, et qu'on la mette à la place de l'individu isolé, on trouve qu'elle aussi a développé des délires inaccessibles à la critique logique et contredisant la réalité. S'ils peuvent malgré cela exercer un empire extraordinaire sur les hommes, la recherche conduit à la même conclusion que pour l'individu isolé. Leur pouvoir provient de leur contenu de vérité historique, vérité qu'ils ont été puiser dans le refoulement de temps originaires oubliés. »

L'idée délirante se différencie de la croyance. G.Rubin (9) évalue ainsi cette distinction, estimant que « nous appelons croyance l'idée non prouvée qui n'affecte qu'une petite partie du sujet, tout en étant largement partagée par ses contemporains, [...] et idées délirantes celles qui font fi de la réalité extérieure et sont aussi refusées par le socius et le sens commun. »

La croyance est en effet partagée par un grand nombre de personnes (croyance en Dieu, en la réincarnation...), tandis que l'idée délirante est celle d'un seul sujet.

Comme le précisent JD.Guelfi et M.Litinetskaia « l'idée délirante naît à l'intérieur de la sphère psychique du sujet ; elle est le fruit d'une interprétation qui en est le mécanisme le plus fréquent. L'idée qui guide un fanatique vient de l'extérieur ; il n'y pas d'interprétation ; l'idée a été élaborée par le leader et elle est adoptée à l'emporte-pièce par les fanatiques. Les idées délirantes sont individuelles contrairement aux idées fanatiques qui sont partagées entre plusieurs membres du même groupe. » (10)

Sans même parler de fanatisme, la croyance fait partie de la vie de tout un chacun, dit « croyant » ou non. C'est lorsque le sujet n'utilise plus ses capacités réflexives vis-à-vis de ses croyances que l'on peut situer le délire, dans une dimension subjective. (11)

La production délirante se caractérise donc essentiellement par le fait qu'elle est non partagée dans une dimension intersubjective, et sur le plan subjectif par une certitude sans réflexivité.

Peut-on parler du délire comme d'une entité clinique à part entière, ou s'agit-il plutôt d'un symptôme transnosographique ? En quoi est-il intéressant de distinguer différents types de délire ? C'est à ces questions que nous allons tenter d'apporter quelques réponses dans la partie suivante.

1.2 : NOSOGRAPHIE ET SEMIOLOGIE DU DELIRE

1.2.1. Approche descriptive sémiologique du délire :

Le délire apparaît comme une production complexe et se présentant sous la forme de tableaux cliniques multiples et variés, qui ont donné lieu à de nombreux travaux descriptifs au cours des deux derniers siècles.

Avant d'approcher le délire sous un angle psychodynamique et fonctionnel, nous allons dans cette partie faire un tour d'horizon des multiples facettes du délire, d'un point de vue sémiologique.

La complexité du délire justifie sa description habituelle selon différents axes, à savoir le ou les thèmes, le degré de systématisation du délire, les mécanismes, le degré d'adhésion, la thymie, le caractère évolutif et les signes associés (comportementaux, somatiques...).

Un délire peut se décliner selon une grande variété de thèmes, touchant aussi bien à la relation aux autres qu'au sentiment d'identité, à la filiation, au corps, à la sexualité ou au pouvoir. Nous allons aborder ces thèmes selon la problématique principale qu'ils semblent venir porter, qu'il s'agisse du sentiment de soi, de la question de l'autre, ou encore du soi vis-à-vis de l'autre.

Thèmes délirants concernant le soi :

- *La mégalomanie* : dans la mégalomanie, le soi se trouve auréolé de toute-puissance, de domination, de richesse, il est au centre de missions d'ampleur internationale voire divine ;

- *Les idées d'énormité et d'immortalité* concernent également le soi qui se sent illimité, infini dans le temps et/ou l'espace ;
- *Les idées de transformation*, en particulier le « délire métabolique », correspondent à l'idée de transformation de soi mais aussi des objets environnants en accord avec le délire. Il peut s'agir de l'idée d'une transformation totale en animal comme dans la lycanthropie ;
- *Les idées d'auto-accusation, d'indignité, de culpabilité, voire de ruine et de crainte de châtement*, se rencontrent principalement dans le syndrome mélancolique, dans lequel le patient se vit comme le centre et le lieu d'origine du malheur.
- *Les idées de négation* : il peut s'agir de la négation d'organe, voire de la négation du monde extérieur, jusqu'au syndrome de Cotard qui associe aux deux idées précédentes celle de ne pouvoir jamais mourir et d'être damné. Décrit en 1880 par Jules Cotard, ce syndrome se retrouve principalement dans les mélancolies graves notamment du sujet âgé, mais aussi dans certains délires paranoïdes de la schizophrénie. Il s'associe à un risque élevé d'automutilations et de suicide.(12)
- *Les idées hypocondriaques* ont une tonalité persécutive, et correspondent à l'idée délirante d'être altéré dans son corps par une maladie plus ou moins précise, ou d'être envahi par des corps étrangers. On peut citer le cas particulier du syndrome d'Ekblom, qui consiste en un « délire d'infestation cutanée par des parasites, associé à des hallucinations cénesthésiques très anxiogènes »(13) Dans d'autres cas, les idées hypocondriaques se rapprochent davantage de la mélancolie, lorsque « l'objet qui fait souffrir dans le corps prend la place d'un objet dont la perte est inélaborable pour la psyché [...], il s'agit d'un deuil impossible »(14). Comme le résume Brusset,

les idées hypocondriaques peuvent se rencontrer dans trois configurations : sous l'aspect de nosophobies au décours des névroses, dans la mélancolie, et dans « les formes incipiens des psychoses dissociatives et la paranoïa »(15)

Thèmes concernant l'autre :

- *La persécution*, c'est-à-dire la conviction d'être l'objet d'intentions malveillantes, de la part d'un autre imprécis ou bien d'un persécuteur désigné ;
- *Les idées d'influence* correspondent à la conviction que les pensées, les actes et les perceptions du sujet sont sous le contrôle d'une force extérieure étrangère au sujet. Cette conviction repose sur le syndrome d'automatisme mental décrit par De Clérambault, lorsque le sujet se sent comme spectateur de son activité de pensée qui serait devenue autonome (16)
- *L'érotomanie, et la jalousie délirante*, thèmes qui seront explicités dans la description des délires passionnels ;

Thèmes concernant la relation de soi à l'autre:

- *Les idées érotiques et sexuelles* : tantôt expression d'un vécu d'élévation de soi, tantôt d'une intrusion par l'autre, elles peuvent revêtir différents aspects. Sur un versant exalté, elles correspondent à des idées de « puissance sexuelle »(13) exprimées de manière désinhibée voire obscène par le récit de « prouesses fantastiques », elles peuvent s'associer aux idées d'énormité concernant les organes génitaux, et à des comportements d'exhibitionnisme(13). Ces idées peuvent au contraire prendre une coloration persécutive, notamment les idées de viol ou d'attouchements, parfois à distance liées à des « hallucinations cé-

nesthésiques génitales », ou encore des idées de crainte de castration(13). Elles peuvent alors s'associer à des idées mystiques comme le thème des Succubes, des idées d'abus par le diable ou d'enfantement par une divinité.

- *Les idées mystiques ou ésotériques* : idées de scrupules religieux, de malédiction divine, de possession ou de persécution par un démon, de l'extérieur ou de l'intérieur, ou encore démonomanie vraie c'est-à-dire conviction d'être le démon. Ou au contraire théomanie, en lien avec la mégalomanie, soit l'idée d'être en communication avec Dieu ou possédé par lui. On pense à ce sujet au célèbre cas du Président Schreber, qui était convaincu d'être en relation avec Dieu par le biais des âmes humaines décédées constituant des « raccordements nerveux » entre lui et Dieu. (17)

- *Les idées de grossesse* sont également fréquentes, les « gestations délirantes »(13) peuvent parfois durer des années, et s'accompagner de certains symptômes physiques de grossesse.

- *Les thèmes de reconnaissance et d'identité* (Delusional Misidentification Syndromes), parmi lesquels quatre types de manifestations cliniques ont été décrites, à savoir le syndrome de Capgras, le syndrome de Frégoli, le syndrome d'intermétamorphose et le syndrome des sosies subjectifs. (13)

Le syndrome de Capgras ou « Illusion des sosies » correspond au développement progressif de la conviction délirante selon laquelle le ou les proches du sujet (conjoint, parents, *fratrie...*) ont été remplacés par des sosies, des copies, même s'ils ont gardé la même apparence extérieure. Ce syndrome peut aussi concerner des objets plutôt que des personnes. Ce fut le cas d'une patiente d'environ 60 ans brièvement rencontrée au décours d'un stage, qui était persuadée que ses documents administratifs ainsi que sa voiture avaient été remplacés par des copies, et n'étaient plus les originaux. Ces idées, survenues à la suite d'un épisode dépressif avec tentative de suicide sans

antécédent psychiatrique antérieur, semblaient s'inscrire dans le cadre plus large d'idées de persécution, et s'associaient à des hallucinations, ce qui posait notamment la question d'une psychose hallucinatoire chronique.

Le syndrome de Frégoli, du nom d'un comédien italien transformiste réputé pour ses changements de costumes très rapides et qui pouvait interpréter jusqu'à cent rôles différents dans le même spectacle, consiste en l'idée délirante selon laquelle une même personne, le persécuteur, se présenterait au patient en prenant l'apparence d'autres personnes.

Le syndrome d'intermétamorphose s'étend à plusieurs personnes de l'entourage qui, selon le patient, échangeraient leur apparence entre elles, « se remplaceraient les uns les autres » (12)

Le syndrome des sosies subjectifs concerne l'identité du patient lui-même, qui croit avoir pris l'apparence et l'identité d'une autre personne, et dit voir ses sosies dans son entourage. Ce syndrome évoque le mécanisme d'identification projective développé par Mélanie Klein et ses continuateurs, comme nous le verrons par la suite.

- *Les thèmes fantastiques*, en tant qu'ils positionnent le sujet délirant dans un univers surnaturel, féérique ou cosmique dans lequel la place du sujet prend sens, concernent à la fois le soi et l'autre réunis en une sorte d'osmose fantastique.

- *Les thèmes de revendication* se caractérisent par la volonté de faire reconnaître à l'autre un préjudice subi ou une vérité bafouée, d'après le sujet délirant, que cette « vérité » concerne la filiation, une invention, des idées politiques ou religieuses, ou sur un versant plus persécutif un vécu de harcèlement ou de maladie. En ce sens on peut dire que les thèmes de revendication s'inscrivent dans la relation de soi à l'autre. Ils seront détaillés dans le délire de revendication.

Quatre principaux mécanismes concourant à l'élaboration délirante ont été distingués, à savoir l'interprétation, l'intuition, l'imagination, et les hallucinations.

L'interprétation délirante, contrairement à l'erreur d'interprétation, est « inaccessible à la critique »(13), elle consiste en une signification donnée à toute perception externe ou interne (corporelle ou psychique), qui ne peut être le fruit du hasard, cette signification étant orientée par une conviction délirante préalable (13,18).

Lorsqu'une idée délirante semble s'imposer d'elle-même au patient avec un caractère d'évidence qui ne nécessite aucune explication, on identifie un mécanisme intuitif.

Le mécanisme imaginatif est mis en évidence lorsque les idées délirantes sont de registre fantastique, cosmique, fantaisiste ou extraordinaire. On le retrouve de manière prédominante dans la paraphrénie.

Les hallucinations peuvent également être un mécanisme à l'origine d'une élaboration délirante. A la différence de l'illusion qui est une distorsion de la perception d'un objet réel, et de l'hallucinoïse qui est une perception sans objet réel mais n'emportant pas l'adhésion du sujet qui peut la critiquer, l'hallucination est une perception sans objet réel mais prenant un caractère de réalité et entraînant la conviction du sujet. Il peut s'agir d'hallucinations psycho-sensorielles c'est-à-dire dotées de caractéristiques sensorielles et localisées comme provenant de l'extérieur, ou intra-psychiques soit des représentations mentales sans spatialité ni sensorialité mais vécues comme intrusives et étrangères au sujet, en particulier dans le syndrome d'automatisme mental décrit par De Clérembault.

Comme le souligne Vincent Di Rocco, dans l'hallucination, « représentations et perceptions peuvent se confondre » (16).

Selon le degré de systématisation d'un délire, on peut différencier trois catégories de délire (13,18)

Les délires non systématisés ou paranoïdes :

Mal organisés, ils ne présentent pas de cohérence interne, et se caractérisent par un polymorphisme des mécanismes et des thèmes souvent flous, rendant le discours peu partageable. On les retrouve principalement dans la schizophrénie et les bouffées délirantes aiguës.

Les délires systématisés ou paranoïaques :

Caractérisés par une logique interne et une participation affective et comportementale congruentes au délire, ils peuvent être systématisés en secteur ou en réseau. Comme le relève Maleval, ces délires se fondent sur « un isolat de certitude qui joue le rôle logique de l'axiome, alors qu'en logique l'axiome n'a justement aucun caractère de certitude. » (8) Mais leur logique interne peut entraîner l'adhésion d'un tiers au discours. Différentes catégories et sous-catégories ont ainsi été identifiées :

- le délire d'interprétation systématisé : de mécanisme interprétatif et systématisé progressivement en réseau, il s'organise principalement autour d'idées de persécution et de préjudice, mais l'on observe parfois une mégalomanie secondaire. Le sujet est convaincu que l'autre veut lui nuire, et la construction cohérente du délire sans désorganisation peut lui donner un caractère crédible. La participation thymique est forte en particulier contre le persécuteur, et il existe un risque de passage à l'acte hétéro-agressif mais aussi auto-agressif. (18)
- le délire de relation des sensitifs de Kretschmer, ou délire de référence : il s'agit d'un délire d'interprétation dominé par des idées de référence, de persécution, mais dans lequel on note une tonalité dépressive, une autodépréciation et une culpabilité en lien

avec ces idées de référence. Contrairement au délire d'interprétation systématisé, le sujet n'est pas dans la revendication et la sthénicité contre ses présumés persécuteurs, mais plutôt dans un vécu de honte et une attitude introvertie. La systématisation se limite généralement à un secteur, familial ou professionnel. Ce délire met en évidence « le rôle des facteurs de personnalité dans les « réactions » psychotiques aux événements vécus »(19). En effet ce délire se développe chez des sujets dits « sensibles » c'est-à-dire « hyperémotifs [...] se sentant facilement humiliés, vivant avec une sensibilité douloureuse la moindre contrariété ou échec » (18), présentant des tendances dépressives et anxieuses notamment des plaintes hypocondriaques. À propos de ce délire dans le dictionnaire international de psychanalyse, Augustin Jeanneau fait l'analyse suivante : « C'est [...] le Surmoi qui fait retour dans le « délire de référence », où la honte et la culpabilité du voyeurisme se mêlent dans la projection. »(20)

- les délires passionnels :

- *Le délire érotomaniaque* : reposant sur la conviction délirante d'être aimé par un autre, il a été décrit en 1921 par De Clérembault qui en distinguait trois stades successifs commençant par l'espoir, auquel fait suite une phase de dépit, puis de rancune. Ce type de syndrome délirant se base essentiellement sur des mécanismes d'interprétation et d'intuition.

- *Le délire de jalousie* : comme nous le verrons avec Freud, il correspond à la projection des désirs du sujet délirant envers une tierce personne de même sexe sur le conjoint. Ce délire se manifeste généralement par des comportements tyranniques envers le partenaire à type d'interrogatoires insistants, d'enquêtes voire de filature, mais aussi des comportements violents pouvant aller jusqu'au crime passionnel dans certains cas extrêmes (18).

- *Les délires de revendication* : ils s'organisent autour de la conviction délirante d'avoir subi un préjudice, un tort qu'il faudrait faire reconnaître et réparer, afin de rétablir et faire triompher la justice ou la vérité. (13) De mécanismes intuitif et interprétatif, ils peuvent recouvrir différents thèmes.

L'un des plus fréquents parmi les délires de revendication concerne la filiation. Les délires de filiation ont été étudiés notamment par Jean Guyotat, qui relie le sujet à un ascendant illustre, souvent « décédé de mort violente » (21)

On parle d'idéalisme passionné si les revendications et la conviction de préjudice subi concernent la politique ou la religion.

La revendication peut également concerner une invention ou une découverte dont le sujet délirant pense être l'auteur. Dans son article sur « le délire des ingénieurs » (22), le professeur de psychiatrie et écrivain Quentin Debray souligne que ce type de délire n'est pas si rare et que son déploiement dépend aussi des réactions d'engouement ou de réserve qu'il rencontre. Il montre surtout comment ce délire a été présent chez des chercheurs célèbres de tout domaine, comme Auguste Comte et Nicolas Tesla. Cela soulève l'idée qu'un minimum de « capacité délirante » serait nécessaire et souvent présent chez des scientifiques et chercheurs-créateurs de tout ordre, renvoyant à la « partie psychotique de la personnalité » développée par Bion, comme nous le verrons par la suite.

On emploie le terme de quérulence processive lorsque le sujet délirant se sent constamment harcelé et s'engage dans de multiples procédures judiciaires contre ses persécuteurs.

Des manifestations délirantes d'hypochondrie avec revendications et attaques envers les médecins ont également été décrites.

- Les délires peu systématisés :

On regroupe sous ce terme les délires de la psychose hallucinatoire chronique et les délires des paraphrénies. Ils sont dominés par des signes positifs sans désorganisation majeure. (18)

Dans la *psychose hallucinatoire chronique*, ce sont principalement les hallucinations qui viennent alimenter un délire à thématique persécutive. Un automatisme mental peut être associé. (18)

Les délires des *paraphrénies* sont de mécanisme imaginatif, de thématique principalement fantastique et mégalomaniacale sans revendication sthénique. Ils correspondent généralement à l'évolution à long terme d'un délire devenu chronique et relativement apaisé. Certains paraphrénés se sont rendus célèbres par la fantaisie très élaborée de leurs productions délirantes, côtoyant malgré eux la drôlerie absurde autant que la poésie. Ce fut le cas de Jean-Pierre Brisset, qui après quelques inventions dont la « ceinture-caleçon aérifère de natation », aboutit en 1883, à l'âge de 45 ans, à l'idée centrale de son délire selon laquelle « l'homme est né dans l'eau, son ancêtre est la grenouille et l'analyse des langues humaines apporte la preuve de cette théorie. » Il commence à développer ses idées dans son ouvrage « La grammaire logique », bientôt suivi de « Le mystère de Dieu est accompli », puis « Les origines humaines » en 1913. Ayant recours à de nombreux paralogismes, il a tenté de rationaliser sa pensée délirante en fixant des principes de linguistique, en particulier la loi suivante : « Toutes les idées que l'on peut exprimer avec un même son, ou une suite de sons semblables, ont une même origine et présentent entre elles un rapport certain, plus ou moins évident, de choses existant de tout temps ou ayant existé autrefois d'une ma-

nière continue ou accidentelle. » (23) Acclamé par les pataphysiciens et les surréalistes comme André Breton, Jean Pierre Brisset a pu garder une insertion sociale satisfaisante, mais il n'a pu venir à bout de son ultime projet qui était d'établir une encyclopédie de toutes les langues.

Comme le souligne notamment Maleval (8), le caractère très fantaisiste des troubles délirants paraphréniques peut difficilement entraîner une crédibilité auprès des tiers. Mais contrairement au délire paranoïaque, le sujet se soucie peu d'emporter la conviction d'autrui, il n'est pas dans la revendication sthénique mais au contraire plus apaisé, et peut parvenir à maintenir des interactions sociales et une insertion satisfaisante, comme s'il menait une double vie. (8)

L'exemple de la paraphrénie, ou encore celui de la « folie créatrice », nous amène à soulever la question du pathologique vis-à-vis du normal, au-delà d'une « sortie du sillon » qui semble venir creuser un écart à la norme. Il nous semble en effet important de souligner, à la suite de George Canguilhem, la nécessité de prendre en compte ce que le patient considère comme normal ou anormal, en particulier en termes de souffrance psychique. Il semble en effet que le délire ne s'accompagne pas toujours d'une souffrance psychique intense, et qu'il puisse même dans certains cas permettre une forme d'apaisement.

Par ailleurs, la clinique nous montre des potentialités évolutives entre les différentes formes d'organisations délirantes précédemment décrites, entre lesquelles les frontières ne semblent pas hermétiques.

Racamier remarquait notamment que « Certains schizophrènes qui s'améliorent sortent du règne paranoïde en s'organisant sur le mode persécuté-persécutoire : ils vont du paranoïde au paranoïaque. » (24)

L'aspect évolutif et le mode de début d'un délire sont importants à prendre en considération. Le délire peut se manifester de manière bruyante par accès aigus pouvant éventuellement se chroniciser, ou bien être présent de manière plus latente à bas bruit, par exemple en imprégnant des traits de personnalité paranoïaque.

Les délires « chroniques », ou « troubles délirants persistants » d'après la CIM 10, correspondent finalement aux délires systématisés et peu systématisés précédemment énoncés. Les délires non systématisés peuvent entrer dans le cadre d'une schizophrénie, ou bien se rencontrer dans les états délirants aigus.

Les états délirants aigus rassemblent différents types de délire :

- **Le délire onirique** :

Il s'agit d'un type de délire que l'on peut retrouver dans les états confusionnels d'origine organique ou toxique (delirium tremens notamment, encéphalopathies métaboliques et toxiques) appelés delirium, mais aussi au cours d'états d'épuisement à la suite de privations de besoins physiologiques (sommeil, alimentation) ou sensoriels. Le terme de délire onirique renvoie à « une expérience de l'imaginaire inconscient analogue au rêve » (25) comme l'explicitait Henry Ey, ou cependant le corps n'est pas immobilisé comme lors du sommeil, ce qui entraîne un état de rêve « vécu et agi »(13) mobilisant fortement l'affectivité et l'adhésion au délire. Par conséquent, il existe un risque non négligeable de passage à l'acte ou de mise en danger, mais il peut arriver aussi que le délire onirique mette en scène des visions agréables ou fascinantes, laissant le sujet

dans un état contemplatif. Le délire onirique se caractérise donc par une perturbation de la conscience et de l'attention, des distorsions perceptives et des troubles de l'idéation qui prend la forme d'une « pensée onirique » (13). Il s'associe à des troubles de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions et du rythme veille–sommeil, troubles propres à l'état confusionnel. Le mécanisme de ce délire est principalement hallucinatoire et le plus souvent visuel, selon des thématiques « professionnelle, zoopique, parfois mystique ou érotique »(18).

- La bouffée délirante aigue :

Survenant chez l'adolescent ou l'adulte jeune sans antécédents de manière assez soudaine (« coup de tonnerre dans un ciel serein »), la bouffée délirante aigue se caractérise par un polymorphisme et une grande variabilité des thèmes et des mécanismes qui s'imbriquent et fluctuent sans systématisation. Le rapport au monde semble brutalement bouleversé, entraînant un sentiment d'angoisse, un vécu de dépersonnalisation et des fluctuations thymiques intenses en lien avec la variabilité des idées délirantes. (18)

- Dans le cadre des états délirants aigus, il est intéressant de revenir sur une appellation ancienne, celle d'amentia, à laquelle on peut trouver des équivalents aujourd'hui. L'amentia est un terme utilisé par Théodor Meynert, professeur de psychiatrie à Vienne, en 1890, pour décrire un état de délire aigu hallucinatoire, puis repris par Freud qui la spécifie comme une « psychose hallucinatoire de désir » permettant de « nier une réalité insupportable pour la perte qu'elle inflige et de donner ainsi libre cours aux fantasmes hallucinés. » (20). Il semble alors qu'on puisse rapprocher ce terme ancien de ce que l'on appelle actuellement en psychogériatrie

épisode psychotique aigu réactionnel du sujet âgé. Comme l'explique Jean-Pierre Clément (26), il s'agit en effet de la survenue chez le sujet âgé d'un épisode délirant à l'occasion d'un changement dans l'environnement de vie (deuil, déménagement, entrée en institution, ou simple changement nécessaire dans la ritualisation du quotidien). Cet épisode délirant, de thématique agréable comme par exemple le retour à la vie d'un proche ou encore la découverte d'une filiation prestigieuse, finit par se résoudre progressivement dès que l'adaptation au changement d'environnement est acquise. On pourrait ainsi retenir pour ce type de délire une fonction d'adaptation.

- Le délire du post-partum ou psychose puerpérale :

Son incidence est de 1 à 2 cas sur 1000. Le tableau clinique est proche de celui d'une bouffée délirante aiguë avec parfois aussi un aspect confusionnel ou oniroïde, et les thèmes sont en lien avec la naissance et l'enfant. (13)

Notons enfin que le délire peut s'inscrire de manière aiguë ou chronique dans le cadre d'un trouble de l'humeur, dans un syndrome mélancolique ou maniaque, selon des thématiques « congruentes ou non congruentes à l'humeur »(27)

Au terme de cet aperçu sémiologique du délire, on peut constater que la seule analyse sémiologique d'un délire ne suffit pas à saisir la clinique d'un patient, si l'on ne prend pas en compte non seulement l'aspect évolutif, mais aussi tous les signes associés et les antécédents, l'antériorité. Nous allons voir en effet dans la partie suivante que le délire peut s'inscrire dans des cadres nosographiques très divers.

1.2.2. Situation nosographique du délire :

Comme le soulignait déjà Kraepelin en 1905, dans son Introduction à la psychiatrie clinique : « un symptôme, à lui seul a peu de valeur. Le délire, envisagé en soi, ne suffit pas pour poser un diagnostic sur la nature de l'affection, tandis que l'ensemble clinique affecte une allure assez déterminée pour nous y autoriser (. . .). La nature du délire n'est que d'un faible secours pour l'aliéniste chargé de formuler le diagnostic d'un syndrome morbide (. . .) ». (28)

Si l'on se réfère aux classifications diagnostiques internationales, on note que le délire peut faire partie du tableau clinique de nombreux troubles, et n'est pas seulement rattaché aux psychoses.

On peut en effet retrouver les idées délirantes, comme critère nécessaire ou possible, dans les diagnostics suivants CIM 10 :

Dans les affections d'origine organique, c'est-à-dire ayant une « étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrale, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau »(27), que l'atteinte soit primitivement ou secondairement cérébrale :

- Troubles mentaux organiques, de type démence (F00 à F03), ou de type Delirium (F05) :

En effet la présence « d'autres symptômes, essentiellement délirants » peut être coté en cinquième caractère dans tous les différents types de démence (de F00 à F03).

Concernant le delirium, il est défini comme un « syndrome cérébral organique sans étiologie spécifique, caractérisé par la présence simultanée de perturbations de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions et du rythme veille–sommeil [...] de durée est

variable et le degré de gravité varie de léger à très sévère. »(27) Il peut donner lieu à un délire de type onirique (18) précédemment décrit.

- Etat hallucinatoire organique(F06.0) : il s'agit d' « hallucinations persistantes ou récurrentes, habituellement visuelles ou auditives, survenant en l'absence d'une obnubilation de la conscience ». Il est précisé que « les hallucinations peuvent être à l'origine d'une élaboration délirante, mais les idées délirantes ne dominent pas le tableau clinique ; les hallucinations peuvent être reconnues comme pathologiques par le sujet lui-même. »(27)

- Troubles délirants organiques(F06.2), comprenant les « états délirants et les états délirants et hallucinatoire d'origine organique », ainsi que la « Psychose d'allure schizophrénique au cours d'une épilepsie ». Ils correspondent à la « présence, au premier plan du tableau clinique, d'idées délirantes persistantes ou récurrentes. Les idées délirantes peuvent être accompagnées d'hallucinations. Certaines caractéristiques évoquant une schizophrénie, comme des hallucinations bizarres ou des troubles du cours de la pensée, peuvent être présentes. » (27)

- Psychose organique ou symptomatique, sans précision (F09)

- Troubles psychotiques dus à une autre affection médicale avec idées délirantes.

- Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (27)

Dans les troubles liés à la consommation de substances psychoactives :

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10 à F19) :

En effet un delirium avec éventuel délire onirique peut survenir lors d'une intoxication aiguë (cannabis, LSD, alcool...) ou d'un syndrome de sevrage, en particulier un sevrage alcoolique avec delirium tremens.

Des idées délirantes peuvent également être au premier plan d'un trouble psychotique « survenant durant ou immédiatement après la consommation d'une substance psychoactive ». Ce trouble se caractérise par un « ensemble de phénomènes psychotiques [...] qui ne peuvent être entièrement expliqués par une intoxication aiguë et qui n'entrent pas dans le cadre d'un syndrome de sevrage. Ce trouble se caractérise par la présence d'hallucinations (typiquement auditives, mais souvent également polysensorielles), d'une distorsion des perceptions, d'idées délirantes (souvent de type paranoïaque ou persécutoire), de perturbations psychomotrices (agitation ou stupeur), et d'un affect anormal, pouvant aller d'une peur intense à l'extase. Les fonctions élémentaires ne sont habituellement pas touchées, mais il peut exister un certain degré d'obnubilation de la conscience, n'atteignant toutefois jamais le caractère d'une confusion grave. » (27)

Ce trouble « disparaît complètement en six mois et souvent, au moins partiellement, en un mois. » (19)

Dans les pathologies psychiatriques :

- La Schizophrénie (F20) :

le délire étant présent principalement dans ses formes paranoïde et hétérologique.

Nous rappelons ici les principales caractéristiques descriptives de la schizophrénie relevées par la CIM 10, à savoir des « distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés », avec une « clarté de l'état de conscience ». La CIM 10 explique que « les phénomènes

psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs ». Concernant l'évolution des troubles schizophréniques , celle-ci est décrite comme « continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. » (27)

- Les Troubles délirants persistants (F22) :

c'est-à-dire des « troubles divers caractérisés uniquement, ou essentiellement, par la présence d'idées délirantes persistantes et ne pouvant être classés parmi les troubles organiques, schizophréniques ou affectifs » (27), d'une durée d'au moins « quelques mois ». Ils englobent en particulier

« l'état paranoïaque,

la paranoïa,

la paraphrénie (tardive),

la psychose paranoïaque,

le délire de relation des sensitifs,

la dysmorphophobie délirante,

l'état paranoïaque d'involution,

la paranoïa quérulente. » (27)

- Les Troubles schizoaffectifs (F25), de type maniaque, dépressif ou mixte (type bipolaire dans le DSM V), définis selon les termes suivants : « Troubles épisodiques dans lesquels des symptômes affectifs et des symptômes schizophréniques sont

conjointement au premier plan de la symptomatologie, mais ne justifient pas un diagnostic ni de schizophrénie, ni d'épisode dépressif ou maniaque. » (27)

- Autres troubles psychotiques non organiques comprenant la psychose hallucinatoire chronique
- Psychose non organique sans précision
- Manie avec symptômes psychotiques (F30.2), et Trouble affectif bipolaire épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (F31.2)
- Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, isolé (F32.3) ou dans le cadre d'un Trouble affectif bipolaire(F31.5) ou bien d'un Trouble dépressif récurrent (F33.3).

Dans des moments de vie particuliers, le délire peut se présenter sous la forme d'un épisode aigu. Il peut s'avérer annonciateur de l'entrée dans une pathologie psychiatrique caractérisée (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble délirant persistant), mais pas nécessairement, l'épisode délirant venant alors prendre un caractère développemental à une étape particulière de la vie. Nous nous référons ici aux diagnostics suivants :

- Psychose puerpérale , classée dans les « Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs » (27). Jean Guyotat la rattache à un « délire de filiation projeté sur la descendance » (21)
- Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23) :

Ils se caractérisent par la « survenue aigüe de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du comportement normal. Une survenue aigüe est définie

comme étant l'apparition, allant crescendo, d'un tableau clinique manifestement pathologique, en deux semaines au plus. Ces troubles ne comportent aucun élément en faveur d'une étiologie organique. Ils s'accompagnent souvent d'une perplexité ou d'une hébétude, mais les perturbations de l'orientation dans le temps, dans l'espace, et quant à la personne, ne sont pas suffisamment persistantes ou graves pour répondre aux critères d'un délirium d'origine organique (F05.-). En général, ces troubles guérissent complètement en moins de quelques mois, souvent en quelques semaines ou jours. Le diagnostic doit être modifié si le trouble persiste. Le trouble peut être associé à un facteur aigu de stress, c'est-à-dire habituellement à des événements stressants survenus une ou deux semaines avant le début du trouble. » (27)

Ils comprennent (27) :

- le « *Trouble psychotique aigu polymorphe* » sans (F23.0) ou avec (F23.1) *symptômes schizophréniques*

dont la bouffée délirante et la psychose cycloïde ;

- le « *Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique* » (F23.2)

dont l'accès/trouble/psychose schizophréniforme de courte durée, l'onirophrénie, la réaction schizophrénique, la schizophrénie aiguë.

Ils se caractérisent par des symptômes schizophréniques durant moins d'un mois, sans le polymorphisme et l'instabilité du trouble psychotique aigu polymorphe.

- « *Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant* »

dont la psychose paranoïaque psychogène et la réaction paranoïaque

- « *Autres troubles psychotiques aigus et transitoires* »

- le « *Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision* »

dont la psychose réactionnelle brève, par exemple l'épisode psychotique aigu réactionnel du sujet âgé évoqué précédemment.

- Les Troubles délirants induits (F24), c'est à dire les cas de « folie à deux », de trouble paranoïaque ou psychotique induit, « partagé par au moins deux personnes liées très étroitement entre elles sur le plan émotionnel. Un seul des partenaires présente un trouble psychotique authentique ; les idées délirantes sont induites chez l'autre (les autres) et disparaissent habituellement en cas de séparation des partenaires. » (27)

Le délire est donc un symptôme transnosographique, qui transcende la dimension étiologique de l'organicité, de la toxicité, des pathologies psychiatriques ou des facteurs développementaux. On peut en effet penser que quelle que soit l'étiologie venant mettre en déroute le fonctionnement cérébral et psychique, le délire émerge alors en tant que symptôme qui vient transformer le vécu subjectif et semble venir assurer une fonction particulière dans la dynamique et l'économie psychique du sujet. Quelle, ou quelles fonction(s) viennent endosser les productions délirantes dans la vie psychique du sujet, c'est sous cet angle de réflexion que nous allons aborder les apports de la littérature psychodynamique concernant le délire.

2. APPORTS THEORIQUES PSYCHODYNAMIQUES SUR LA QUESTION DU DELIRE

2.1 : FREUD : LE DELIRE COMME TENTATIVE DE GUERISON

C'est à Freud que l'on doit les premières recherches et élaborations théoriques concernant le délire du point de vue de la dynamique et de l'économie psychique du sujet, au-delà de l'abord sémiologique descriptif du délire considéré comme pathologie, qui avait jusqu'alors dominé les travaux psychiatriques au cours des deux siècles précédents.

Freud amène en effet une conception inédite selon laquelle le délire ne serait pas seulement pathologique, mais serait plutôt la manifestation d'une « tentative de guérison » (29)

Ce que le délire chercherait à guérir d'après Freud, c'est une première phase précédant le délire, cliniquement plus silencieuse, de repli narcissique par retrait des investissements objectaux, dans un mouvement de narcissisme secondaire.

Freud emploie donc le terme de tentative de guérison dans le sens où le délire constituerait un mouvement de réinvestissement libidinal objectal du monde extérieur et de reconstruction. Ainsi d'après Freud, c'est par la formation du délire que « l'homme malade a reconquis un rapport avec les personnes et avec les choses de ce monde, et souvent ses sentiments sont des plus intenses ». (29)

Il évoque en ces termes le travail subjectif que constitue le délire : « le paranoïaque 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 la production morbide, la formation du délire, est en réalité la tentative de guérison, la reconstruction. » (29)

Cette reconstruction dont parle Freud se fait notamment au moyen du mécanisme de projection, auquel il attribue une place centrale dans la production délirante. Il développe en effet l'idée que la projection permet au sujet, de manière non consciente, de rejeter en dehors de lui (sur autrui, sur le monde environnant) des pulsions, émotions, pensées, ou d'une manière plus générale des contenus psychiques qui lui sont intolérables et qu'il ne peut reconnaître comme étant les siens. « Dans tous ces cas, la ténacité avec laquelle le sujet s'accroche à son idée délirante est égale à celle qu'il déploie pour chasser hors de son Moi quelque autre idée intolérable. Ces malades aiment leur délire comme ils s'aiment eux-mêmes. Voilà tout le secret. » (30)

Freud explique ainsi que « le but de la paranoïa est donc de se défendre d'une représentation inconciliable avec le moi, en projetant son contenu dans le monde extérieur. »(30)

Il fait en particulier l'hypothèse que ce mécanisme de projection viendrait permettre de mettre à distance du sujet une poussée de libido homosexuelle qui serait à l'origine du déclenchement d'un délire paranoïaque. Il élabore ainsi l'idée que les délires paranoïaques seraient l'aboutissement d'une succession de transformations opérées par le psychisme, à partir du retour du refoulé d'un désir homosexuel inacceptable.

Ainsi, prenant l'exemple d'un homme aimant un homme, il explique que la proposition « je l'aime » pourrait être contrecarrée de trois manières possibles par le psychisme. Si la contradiction porte sur le verbe, alors le psychisme transformerait la proposition « je l'aime » en « je le hais », puis par une opération de projection la proposition deviendrait « il me hait », ce qui ferait émerger un délire de persécution.

Si la contradiction porte sur l'objet, la proposition « je l'aime lui » deviendrait « je l'aime elle (et non pas lui) », puis par une opération de projection, la proposition deviendrait « c'est elle qui m'aime », ce qui donnerait lieu à un délire érotomaniac.

Enfin si la contradiction porte sur le sujet, « je l'aime » deviendrait « Elle l'aime », ce qui engendrerait un délire de jalousie. (29)

Notons cependant que chez Freud, la figure homosexuelle correspond à la recherche du même, d'une relation homothétique renvoyant à « la propre personne » en tant qu'elle est l'un des deux « objets sexuels originels » (20) avec la figure maternelle, et non seulement en lien avec la question de l'orientation sexuelle dans son versant de pratiques sexuelles.. Freud décrit donc dans le processus paranoïaque une « défense pathologique contre l'homosexualité » (20) , où l'on peut penser que la rencontre avec un autre homothétique viendrait faire craindre une annihilation avec lui, une crainte que cet autre ne se fonde en soi, ce qui nécessiterait sa mise à distance par la projection.

Dès 1894 dans *Les psychonévroses de défense* (31) , Freud esquisse l'idée de *Verwerfung*, concept que Lacan reprendra plus tard pour élaborer la forclusion. Il évoque alors la « confusion hallucinatoire » de certaines psychoses comme une « [...] espèce beaucoup plus énergique et efficace de défense [que les deux autres : obsession et hystérie]. Elle consiste en ceci que le moi rejette [Verwift] la représentation insupportable en même temps que son affect et se comporte comme si la représentation n'était jamais parvenue jusqu'au moi. »

Il précise par la suite sa pensée en 1919 en évoquant la notion d'abolition à l'intérieur du sujet des éléments rejetés au dehors par la projection.

Il exprime ainsi que dans la paranoïa, « ce qui a été aboli au-dedans revient du dehors ». (29)

Freud développe également l'idée que la psychose résulte d'une rupture entre le Moi et la réalité, expliquant que « le motif de cette rupture, c'est que la réalité s'est refusée au désir d'une façon grave, apparue comme intolérable ». (31) Cette rupture se manifeste par un déni de la réalité central dans les psychoses et le délire, le déni venant se conjuguer au mécanisme de projection.

Freud décrit donc le délire comme une tentative de guérison visant une remise en relation, autrement dit une reconquête d'un rapport objectal, dans lequel les processus de projection mais aussi d'abolition, de déni de la réalité et de reconstruction prennent une place centrale.

2.2 : APPORTS THEORIQUES DE L'ECOLE ANGLO-SAXONNE

Winnicott : délire et agonies primitives

Après avoir abordé le modèle de compréhension relationnel du fait délirant développé par Freud, nous nous intéressons ici à une approche plus centrée sur le vécu affectif du soi dans les organisations psychotiques et notamment délirantes, vécu que Winnicott a mis en lien avec des éprouvés archaïques du nourrisson.

Les prémisses d'un délire sont fréquemment marqués par le surgissement d'une angoisse massive associée à des vécus particuliers comme l'impression d'une « chute sans fin », de « sol qui se dérobe », de perte d'arrimage. (32)

Winnicott avait particulièrement prêté attention à ce phénomène et aux sentiments de « vide » et de « crainte de s'effondrer » (33) qu'il relevait chez de nombreux patients psychotiques.

Dans son article *La crainte de l'effondrement*, Winnicott se réfère à l'effondrement « de l'édification du self unitaire » générateur de vécus d' « agonies primitives », au-delà de l'angoisse, et contre lequel le Moi avait mis en place une organisation défensive d'ordre psychotique. En effet Winnicott considère que « C'est une erreur de considérer l'affection psychotique comme un effondrement. C'est une organisation défensive liée à une agonie primitive » (33).

Il a ainsi souligné l'impact de ces états d'« agonie primitive », en lien avec une défaillance de l'environnement dans ses fonctions de *holding*, *handling* ou *object-presenting*, à une époque où le moi était trop immature pour pouvoir les assimiler, les intégrer, les symboliser. Ces agonies vécues mais non représentées laisseraient des traces dans la psyché à l'origine d'un sentiment de crainte d'un effondrement. Winnicott souligne alors que cette crainte qui reste actuelle pour le sujet est la crainte

d'une « chose » qui s'est déjà produite, mais qui n'aurait laissé qu'une impression d'effroi, de menace imprécise d'une catastrophe qui « reste à vivre »(20) pour pouvoir être intégrée.

Courant kleinien et post-kleinien :

➤ Mélanie Klein :

À la différence de Winnicott qui considère que des agonies primitives liées à une défaillance de l'environnement très précoce sont à l'origine de troubles psychotiques ultérieurs, Mélanie Klein situe le fait délirant dans une perspective développementale. Elle avance l'idée d'une potentialité psychotique présente chez tout être humain, issue d'une étape nécessaire au développement de tout nourrisson que Mélanie Klein a appelé la position schizo-paranoïde. (34) Elle considère alors le délire comme une élaboration fondée sur des angoisses et mécanismes propres à ce stade du développement. Elle fait ainsi le parallèle suivant : « En considérant l'importance des processus de déni et d'omnipotence à un stade qui est caractérisé par la crainte de persécution et les mécanismes schizoïdes, nous pouvons nous rappeler les délires de grandeur et de persécution de la schizophrénie »(34). Elle analyse notamment le délire du président Schreber à l'aune des mécanismes de la position schizo-paranoïde. À propos du délire de fin du monde du Président, elle note que « les angoisses et les phantasmes au sujet de la destruction interne et de la désintégration du moi, liés à ce mécanisme [mécanisme schizoïde], sont projetés sur le monde extérieur, et sous-tendent le délire de sa destruction. » (34)

En effet, Mélanie Klein considère que le nourrisson éprouve dès les premiers temps un « angoisse primordiale »(35) en lien avec « la menace d'anéantissement par

l'instinct de mort au-dedans »(35). Elle caractérise la position paranoïde-schizoïde comme un ensemble de fonctionnements visant à évacuer l'angoisse en particulier de persécution, principalement par la projection, le « clivage des objets internes et externes, des émotions et du moi »(34), le déni, l'omnipotence, l'identification projective «comme une combinaison du clivage de parties de la personne et de leur projection sur une autre personne » (34). Au travers de sa théorisation de la dynamique des relations objectales, Mélanie Klein souligne le fait que le nourrisson forge son Moi de manière intriquée à la façon dont il constitue l'objet primaire.

Cette étape, jalon normal de l'évolution vers l'intégration, peut cependant dériver vers un processus pathologique dès lors que la répétition de mauvaises expériences, c'est-à-dire des « états de clivage et donc de désintégration » (34) devient majoritaire dans le vécu du nourrisson par rapport aux bonnes expériences, rendant alors l'accès à la position dépressive beaucoup plus difficile. Elle explique que « ces mécanismes de défense font partie du développement normal, et constituent en même temps la base de la schizophrénie ultérieure »(34). C'est-à-dire que selon Mélanie Klein, ces mécanismes conserveraient une place prévalente dans le fonctionnement psychique de sujets délirants en particulier schizophrènes, sans pour autant considérer qu'il y ait une fixation totale à la position schizo-paranoïde, la réalité psychique d'un sujet adulte schizophrène n'étant bien sûr pas comparable à celle d'un nourrisson.

Selon la théorie Kleinienne, c'est l'accès à la position dépressive qui permet d'appréhender une réalité externe distincte de la réalité interne. En effet, la capacité d'intégrer progressivement les parties clivées bonnes et mauvaises de l'objet comme réunies en un objet à la fois bon et mauvais permet la prise en compte de l'existence d'un objet total externe, envers lequel se fait alors sentir une culpabilité et une volonté

de réparation et de protection. C'est également au cours de l'élaboration de la position dépressive que devient possible la formation de symboles, et que s'organise de manière plus intégrée le complexe d'Œdipe archaïque.

En effet Mélanie Klein a introduit l'idée que bien avant l'Œdipe développé par Freud s'organisant autour de la castration chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans, se constitue une forme plus précoce de complexe d'Œdipe. D'après ses nombreuses observations cliniques de jeunes enfants, elle perçoit également qu'un Surmoi très précoce se perlabore en même temps que se met en place l'Œdipe archaïque, en réaction aux angoisses de représailles ou de rétorsion engendrées par les fantasmes sadiques de l'enfant concernant l'intérieur du corps de la mère (36). Ces fantasmes sadiques font partie intégrante du développement de l'enfant et lui sont nécessaires, en tant qu'ils « constituent la relation première et fondamentale avec le monde extérieur et la réalité », comme le souligne Mélanie Klein dans *L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi*. (37). Et c'est le dépassement, lors de l'accès à la position dépressive, de ces angoisses de persécution en lien avec le sadisme de l'enfant qui est organisateur du Moi, d'après Mélanie Klein, et non l'angoisse de castration du modèle Freudien, qui serait seulement secondaire.

Comme le résume Hinshelwood, « la théorie kleinienne du complexe d'Œdipe s'est éloignée de la notion classique de « parents réels » et s'est déplacée vers le monde fantasmatique des objets partiels de la position schizo-paranoïde ». (36)

Il est important de revenir plus précisément sur le mécanisme d'identification projective, introduit par Mélanie Klein en 1946, et auquel elle accorde une place centrale dans la paranoïa et « certaines formes de schizophrénie ». Elle a employé ce terme pour décrire « une forme particulière d'identification qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive » (38).

De manière plus générale, R.Hinshelwood souligne que ce concept permet de mieux comprendre « l'influence exercée par une personne sur le monde intrapsychique d'une autre »(36).

Hanna Segal, dans son introduction à la pensée de Mélanie Klein, décrit ainsi ce mécanisme : « des parties du soi et des objets internes sont détachées et projetées dans l'objet externe, lequel devient alors une possession des parties projetées, qui le contrôlent et auquel elles s'identifient »(38).

Ainsi l'identification projective peut conduire le sujet à percevoir chez l'objet des caractéristiques des parties du soi inconsciemment projetées, mais elle peut aussi amener le sujet à s'identifier à l'objet. En effet dans ses aspects positifs, l'identification projective est « la toute première forme d'empathie »(38), et renvoie à ce que l'on appelle communément « se mettre dans la peau de quelqu'un d'autre ».

Ce mécanisme a donc de multiples déclinaisons et rôles dans la dynamique psychique, aussi bien en termes d'expulsion, de communication non symbolique de manière directe mais non consciente d'un éprouvé ou d'un état émotionnel, d'empathie. Il peut viser l'objet idéal et ainsi permettre de ne pas s'en séparer, mais il peut aussi se diriger sur le mauvais objet afin de contrôler la menace qu'il représente pour le moi. (38)

L'Identification Projective constitue une défense contre l'angoisse dépressive, contre la culpabilité et la séparation. En effet, comme le note Albert Ciccone, « l'identification projective maintient un lien symbiotique avec l'objet »(39)

Mélanie Klein considère donc le délire comme résultant de mécanismes schizoïdes issus de la position schizo-paranoïde et persistant selon un gradient allant du normal au pathologique, intégré dans une perspective développementale. Ainsi des mécanismes tels que le clivage et l'identification projective, à l'œuvre dans le délire, permettraient le maintien d'une relation symbiotique avec l'objet préservé comme

idéal, une mise à distance des parties mauvaises de l'objet et du soi, ainsi que des affects d'angoisse dépressive et de culpabilité.

➤ Bion

Elève de Mélanie Klein, Wilfried Bion a élaboré une théorie générale du fonctionnement de la pensée. Il a notamment développé un concept dont on trouvait déjà les prémisses chez Freud, qui soulevait l'idée, dans « Analyse avec fin et analyse sans fin » (1937) , que « le moi-normal est comme la normalité, une fiction en général, une fiction idéale... Toute personne normale n'est en fait que moyennement normale, son moi se rapproche de celui du psychotique dans telle ou telle partie »(40).

En effet c'est environ vingt ans plus tard que Bion élabore la notion de « personnalité psychotique » ou « partie psychotique de la personnalité »(41), comme un processus mental que tout individu possède en puissance. Elle se caractérise par une « violente hostilité contre l'appareil mental, la conscience et la réalité interne et externe »(41), une intolérance à la frustration, « la crainte d'un anéantissement imminent »(41). Cette partie psychotique de la personnalité peut être très envahissante, mais Bion considère qu'il persiste toujours une partie non psychotique qui reste au contact de la réalité.

Selon Bion, qui s'est intéressé au délire sous l'angle plus global de la psychose, ce qui caractérise la psychose est avant tout « la capacité de déliaison et d'attaque des liens en particulier au sein de l'activité de penser, expulsant dans l'acte ou dans la réalité extérieure le matériel psychique non intégré »(14).

Bion a proposé un modèle de compréhension du fonctionnement et du développement psychique normal et pathologique, dans lequel il accorde une place centrale à ce qu'il appelle la fonction alpha.

La fonction alpha est une fonction psychique transmise par la figure maternante au nourrisson, qui transforme les éléments beta sensoriels bruts de la réalité externe et interne en éléments alpha assimilable par le moi, afin de les rendre compréhensibles. Cette fonction, qui utilise la capacité de rêverie et d'interprétation de la mère, permet aussi de « détoxiquer les projections du bébé, [...] et d'appareiller les contenus projetés (éléments bêta) avec un contenant afin que cet élément « contenant-contenu » puisse être réintrojecté et construire ainsi le propre appareil à penser de l'enfant. »(39)

Albert Ciccone relève à ce propos que « le bébé pense d'abord avec l'appareil à penser d'un autre. »(39)

Bion développe l'idée kleinienne de l'identification projective en distinguant au sein de ce mécanisme un dérivé pathologique, l'identification projective pathologique. Elle se différencie de la première par le fait que des parties du soi ne sont pas seulement projetées mais aussi désintégrées, fragmentées.

C'est en utilisant le mécanisme de l'identification projective pathologique que la partie psychotique de la personnalité va tenter de rejeter les sensations de déplaisir comme la douleur ou la frustration sous forme d'éléments bêta non symbolisés, par expulsion et fragmentation d'une partie du contenu de l'appareil psychique, ce qui bloque toute capacité de faire des liens et donc de penser. Bion nomme ce processus défensif une « attaque contre les liens », qu'il s'agisse de liens entre parties du corps, affects, pensées ou personnes. Hana Segal illustre ainsi ce processus d'attaque contre les liens : « « toute fonction, tout organe perçus par le nourrisson comme unissant ensemble des objets sont violemment attaqués » (38)

Les éléments beta non assimilés et projetés à l'extérieur entraînent une déformation de la perception des objets, investis de caractéristiques projetées. Le Moi peut alors aller jusqu'à se décomposer, expulsant des parties du Moi clivées dans des objets

environnants extérieurs, ce qui provoque chez le sujet une impression d'être entouré d'objets « bizarres », menaçant de l'envahir en retour. (16)

C'est sur ces mécanismes d'attaque contre les liens et d'envahissement par des objets bizarres que Bion situe la formation de délire paranoïde. Tout en différenciant els aspects de fonctionnement pathologique et normatif, les travaux de Bion permettent de situer les éléments de production délirante dans le cadre d'un gradient progressif du normal et du pathologique, y compris chez un même individu (parties saines/ parties pathologiques).

➤ Hanna Segal

Hanna Segal a mis en évidence les particularités de la « pensée concrète » schizophrénique dans le délire, par le concept d'« équation symbolique ». Elle désigne par ce terme la relation d'équivalence inconsciente entre le symbole et l'objet symbolisé. C'est-à-dire que les caractéristiques du symbole en tant que tel ne sont pas reconnues, elles sont traitées comme s'il s'agissait de l'objet original. Les équations symboliques se forment au cours de la position paranoïde-schizoïde par le biais de l'identification projective. (36)

➤ Franco de Masi

Le psychiatre et psychanalyste italien Franco De Masi s'est particulièrement intéressé au délire en s'appuyant sur les apports de Bion et d'Hanna Segal, et c'est à l'un de ses patients qu'il a emprunté le titre de son article « Délire et vision bi-oculaire ». Ce patient psychotique, souffrant de délire à tonalité persécutive depuis de nombreuses années, avait pu dire lors d'une séance qu'il réalisait posséder « une vision bi-oculaire de la réalité ». Franco de Masi releva la précision du choix du mot

« bi-oculaire » plutôt que binoculaire, dans le sens où ces deux visions, l'une de la réalité externe partagée et l'autre délirante, manquaient d'intégration, se maintenant distinctes l'une de l'autre.

Il explique cela par le fait que ces deux modes d'appréhension du monde ont « le même caractère perceptif, celui de la réalité », dans la mesure où il considère que le délire est « purement sensoriel »(7). En effet, Franco De Masi souligne que le patient psychotique a la capacité de transformer une ébauche de pensée ou de représentation en éléments beta sensoriels sans en prendre conscience, reprenant là l'idée de Bion d'une « inversion de la fonction alpha ». C'est pourquoi, comme l'avait déjà énoncé Hanna Segal, le délire « ne permet pas l'accès à la représentation et à la symbolisation. Il est composé d'équations symboliques (Segal, 1957) et non de symboles. »(7)

Franco De Masi note qu'une période de retrait psychique depuis l'enfance précède le développement d'une psychose avec délire à l'âge adulte : « 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 ». (7)

Il rejoint ici les travaux de Donald Meltzer, qui avait souligné l'implication 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. »(42)

2.3 : LACAN ET SES CONTINUATEURS

Lacan : la métaphore délirante comme substitut d'un défaut de métaphore paternelle

La conception du délire selon Lacan conjugue entre eux de nombreux concepts lacaniens. Nous allons donc énoncer une première idée du délire selon Lacan, puis préciser davantage les principales notions en jeu.

Lacan conserve l'idée Freudienne que le délire serait une tentative de « guérison », mais il conçoit un autre mécanisme que celui de la projection à l'origine du délire. Pour Lacan, le délire procède d'un manque au niveau du signifiant, d'un « trou » dans le champ du symbolique. La jouissance ne serait plus contenue par ce manque du signifiant phallique, signifiant de la castration qui serait forclos c'est-à-dire non pas projeté ni même rejeté, mais qui n'aurait jamais été symbolisé, qui aurait été refusé dans le champ symbolique du sujet, et aurait laissé place à une faille structurale. Le signifiant phallique, signifiant du désir de la mère, de la castration symbolique et de la loi, est aussi appelé le Nom-du-père, «cette fonction paternelle symbolique, ou métaphore paternelle, [...] qu'il convient de distinguer du père réel en ce qu'elle résulte de la reconnaissance par une mère non seulement de la personne du père, mais surtout de sa parole, de son autorité, c'est-à-dire de la place qu'elle réserve à la fonction paternelle symbolique dans la promotion de la loi» (43).

Réexpliquant la notion de « métaphore du Nom du père », son rôle dans la constitution du sujet et la possibilité de survenue d'une psychose, Alphonse De Waelhens résume ainsi : « dès lors que la métaphore du nom du père ne se fait pas, échoue [...], lorsque donc l'Œdipe n'est pas posé et que le sujet reste bloqué dans sa position première de phallus maternel imaginaire, en ce cas il advient la psychose. » (44)

Le délire viendrait donc se déployer chez un sujet chez qui le signifiant phallique est forclos, à l'occasion d'un contexte d' « appel au père », et viendrait tenter de substituer par une métaphore délirante la carence dans le champ du symbolique de la métaphore paternelle afin de contenir une « jouissance délocalisée ». (45)

Plus précisément, le contexte de déclenchement d'un délire psychotique serait la rencontre avec «un père réel, non pas du tout forcément [...] le père du sujet »(46) mais « Un-père [...] à cette place où le sujet n'a pu l'appeler d'auparavant. Il y suffit que cet Un-père se situe en position tierce dans quelque relation qui ait pour base le couple imaginaire $a-a'$, c'est-à-dire moi-objet ou idéal-réalité, intéressant le sujet dans le champ d'agression érotisé qu'il induit ».(46)

Lacan place donc au centre de sa conception des processus psychotiques délirants la notion de forclusion (*Verwerfung*) du signifiant phallique qui crée une faille, une béance dans le symbolique, et il précise que « ce qui est refusé dans l'ordre symbolique, au sens de la *Verwerfung*, reparaît dans le réel »(47), notamment par l'hallucination.

À la lumière de cette conception de l'hallucination, il reprend l'analyse du cas de l'Homme aux loups décrit par Freud, et assimile l'hallucination du jeune garçon âgé de cinq ans croyant voir son doigt coupé à une irruption dans le réel, « sous la forme d'une image totalement étrangère au sujet » (43), du signifiant forclos de la castration. Comme le remarque A De Waelhens, on comprend ainsi pourquoi Lacan « se refuse à tenir pour première la poussée libidinale homosexuelle qui, selon d'autres auteurs notamment Freud, aurait submergé Shreber pour le faire sombrer dans la psychose »(44). On pourrait notamment penser que le vécu délirant de transformation

en femme du Président Shreber soit plutôt à considérer comme une métaphore délirante de la castration symbolique, forclosée mais faisant retour dans le délire.

Lacan a appelé « phénomène élémentaire » ce moment où la chaîne signifiante est rompue, où le signifiant appelé fait défaut, laissant place à un vide et une perplexité. À la place du vide de signifiant, énigmatique, une certitude compensatoire que « ça signifie » viendrait alors prendre place. Ainsi, à l'énigme première d'un « qu'est-ce que ça veut dire ? », viendrait répondre la certitude « ça veut dire », qui pourrait se compléter par la suite de manière délirante par « ça veut dire que l'Autre me veut cela ou cela », conduisant à une certitude d'être « concerné » par l'Autre. (48)

Autrement dit, le manque du signifiant du Nom du Père entraîne une perplexité du sujet qui remet en question le réservoir des signifiants appelé l'Autre, ce qui le conduit progressivement à interpréter en déployant l'imaginaire, afin de « soutenir la signification dans son ensemble »(49). C'est par l'imaginaire qu'il va tenter de recouvrir la faille du symbolique, mais un imaginaire sans réflexivité. Reprenons les cas du président Shreber, dont l'axe principal du délire fut résumé ainsi par le jugement du tribunal qui lui permit de sortir de l'asile « Il se considérait comme appelé à faire le salut du monde et à lui rendre la félicité perdue. Mais il ne le pourrait qu'après avoir été transformé en femme »(29) Lacan souligne, dans l'évolution du délire de Shreber, à quel point l'imaginaire va prendre une place prépondérante jusqu'à absorber complètement le sujet. En effet, d'une première idée qui n'était que de l'ordre du fantasme, imaginaire, à savoir « ce serait une belle chose que d'être une femme subissant l'accouplement », le président Shreber en arrivera à être entièrement capté par cette image d'identification féminine. Lacan l'explique ainsi : «faute de pouvoir être le phallus qui manque à la mère, il lui reste la solution d'être la femme qui manque aux hommes »(46), cette métaphore délirante venant se substituer à la carence de

métaphore paternelle. On note ainsi une capture dans l'imaginaire et donc un court-circuit du fantasme, confondu avec la réalité, ce qui vient renforcer la certitude.

Donc la certitude délirante aurait pour fonction d'une part de régler « l'énigme signifiante » du phénomène élémentaire, mais aussi de régler la jouissance.

Pour revenir plus précisément sur la notion de jouissance, on peut dire qu'elle correspond à la tension qui cherche à se satisfaire, à se décharger, et qui « oriente le sujet dans l'existence ». Cette tension est un effet de signifiant. La jouissance est différente du plaisir, auquel elle consent parfois par relâchement tensionnel.

Comme le résume Colette Soler, l'une des principales élèves de Lacan, qui contribue encore actuellement à rendre sa pensée plus accessible, le délire peut être considéré comme « un procès de significantisation, aussi réduit soit-il, par lequel le sujet parvient à élaborer et à fixer une forme de jouissance acceptable pour lui »(50)

On pourrait concevoir en effet que le délire puisse devenir en lui-même une forme de jouissance que trouve le sujet délirant.

C'est ce que semble évoquer l'artiste peintre Gérard Garouste dans son livre *l'Intranquille, autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou* retraçant son histoire et la traversée de plusieurs « crises de délire » :

« Et je gardais en moi l'empreinte du délire, de la jouissance, des certitudes, de la jubilation, du charisme qu'il procure. Le délire c'est une manière de se jeter dans le vide quand on a peur du vide. C'est tellement merveilleux d'avoir cru dominer le temps et les lois du hasard. Voilà pourquoi certains ne veulent plus en sortir. » (51)

Maleval et la logique du délire :

Dans son ouvrage intitulé Logique du délire, Maleval considère d'abord le délire comme la manifestation d'un « travail subjectif » complexe, dont la fonction serait défensive.

Les défenses psychotiques et plus particulièrement le délire, pourraient se déployer chez un même sujet selon une certaine logique, dans un « continuum entre tableaux schizophréniques, paranoïaques et paraphréniques » (8).

Maleval distingue dans un premier temps les délires dits psychotiques du délire onirique, et des délires mélancoliques.

Il remarque en effet que dans le délire onirique, les thèmes restent en continuité avec les fantasmes et préoccupations antérieures du sujet, alors que dans le contenu des délires psychotiques Maleval identifie une mutation radicale des idéaux du sujet, allant jusqu'à employer le terme de « mort du sujet » (8). D'autre part il n'observe pas de logique généralisable dans l'évolution des délires oniriques, contrairement aux délires psychotiques pour lesquels il soutient l'idée d'un développement selon une logique bien déterminée, que nous allons préciser par la suite.

Pour Maleval, les délires mélancoliques tiennent une place différente des délires dits psychotiques, par le fait que dans les délires mélancoliques, le sujet se considère lui-même responsable d'une faute, tandis que dans les délires psychotiques, le sujet se sent visé par une initiative venant de l'Autre.

Devant la difficulté à définir une idée délirante de manière satisfaisante, Maleval considère qu'une approche structurale est nécessaire pour mieux appréhender les fondements spécifiques du délire.

Maleval reprend l'idée déjà développée par certains de ses prédécesseurs en particulier J-P.Falret, C.Lasègue et E.Régis, d'après laquelle un délire se développe

selon différentes phases évolutives. Ces trois auteurs avaient décrit une période d'incubation, suivie d'une période de systématisation, aboutissant à une chronicisation. Lasègue identifiait deux phases au délire de persécution : une première phase de « malaise indéfinissable »(52) associée à des phénomènes interprétatifs et parfois des hallucinations verbales, suivie d'une deuxième phase où il cherche à remonter à la cause de ses souffrances par un raisonnement « toujours le même : les maux que je subis sont extraordinaires [...] ici je me trouve dans des conditions étranges qui ne dépendent ni de ma santé ni de ma position, qui ne relèvent en rien du milieu où je vis : il faut que quelque chose d'extérieur, d'indépendant de moi-même intervienne [...] des ennemis seuls peuvent avoir intérêt à me causer de la peine ; je dois donc soupçonner des intentions hostiles en regard de ces impressions nuisibles »(52) . Puis E.Regis dans sa *Synthèse clinique des délires systématisés essentiels* distinguait une première période de « concentration analytique ou d'analyse subjective » (53) où le sujet cherche dans toutes choses une allusion à sa personne ou à sa situation, une deuxième période d'explication délirante à ses souffrances et à l'attention dont il se croit l'objet qui correspond donc à la phase de délire de persécution, et une troisième phase où le sujet passe de persécuté à mégalomane, appelé « stade de transformation de la personnalité » (53).

Maleval associe à cette première conception du délire selon une marche évolutive assez définie les apports de la pensée de Lacan.

Il insiste notamment sur le rôle que joue la « présentification de l'objet a » dans le développement du délire. En effet le terme d'objet a désigne ce qui est perdu par effet de langage, un objet de manque fondamental cause du désir . Mais Maleval explique que « dans le délire comme dans le delirium, l'objet a fait retour en obturant la béance de la cause du désir ». L'objet a se « présentifie » et engendre des phénomènes tels

que des hallucinations envahissantes, un vécu d'influence, des sensations corporelles étranges, manifestations d'une jouissance dérégulée qui n'est plus cadrée par le manque structurant du signifiant de la castration. C'est par le délire que le sujet va tenter de contrôler cette jouissance qui l'assaille.

Maleval souligne également le rôle des néologismes, qui « lestent le délire [...] pour stopper la dérive du signifiant, pour s'efforcer de retenir la jouissance délocalisée » (8). Il compare les délires riches en néologismes à d'autres délires dans lesquels les troubles du langage sont très peu présents et ne viennent donc pas contenir la jouissance délocalisée, mais ces délires s'associent alors à davantage de passages à l'acte à type de mutilations voire d'homicide. Maleval considère ces passages à l'acte comme des tentatives de guérison, leur fonction serait structurante dans le sens où ils viseraient à extraire l'objet *a*, incarné alors par une personne ou une communauté. (8)

Maleval prolonge ensuite l'idée esquissée par Lacan d'une « échelle des délires » (47). Il conçoit ainsi cette « échelle » en quatre paliers (8) :

- P0 : phase initiale d'angoisse insupportable, de perplexité sans objet face à une énigme résultant d'une béance dans le champ du symbolique par carence de la fonction phallique, et délocalisation consécutive de la jouissance dans le corps. Il considère qu'une persistance en phase P0 conduit à des tableaux d'hébéphrénie ou de catatonie, par désinvestissement du langage et de la pensée. Maleval souligne que cette phase P0, ou phase de « psychose naissante », constitue une urgence absolue de soins (8);
- P1 : un des modes de sortie de la phase P0 serait le délire de type paranoïde, qui viendrait exprimer de manière assez floue, non systématisée, les éprouvés cénesthésiques et émotionnels du sujet. Il s'agit d'une première phase de « significantisation de la jouissance », c'est-à-dire un déchainement du signifiant

venant masquer la béance du symbolique, s'organisant en une « métaphore délirante »(8).

- P2 serait la phase de systématisation paranoïaque, par « identification de la jouissance dans l'Autre »(8) comme pour localiser dans l'Autre et dénoncer cette jouissance qui débordait le sujet. Ce processus est lié à un réinvestissement de l'affrontement spéculaire du stade du miroir, il n'y a pas de signifiant unaire pour permettre l'unification.
- P3 correspond à la paraphrénie systématisée et mégalomaniacale, par acceptation de la jouissance de l'Autre dont le sujet paraphrène se fait le porte-parole, s'incarnant comme porteur d'une vérité révélée à faire connaître (8).

Maleval élabore ainsi un modèle d'articulation des différentes formes symptomatiques observables du délire, et insiste lui aussi, à la suite de Lacan, sur le rôle du délire dans la régulation de la jouissance.

Piera Aulagnier : le délire comme « reconstruction d'un fragment manquant dans le discours de l'Autre »(54)

Elève de Lacan, Piera Aulagnier s'est appuyée sur ses théories mais s'en est quelque peu écartée, en accordant une place plus centrale dans sa pensée au corps et à l'affect. Elle était également en désaccord avec Lacan sur les modalités de formation des analystes en particulier l'instauration de la Passe, ce pour quoi elle a fondé le Quatrième Groupe.

Piera Aulagnier a développé l'idée de l'émergence très précoce chez un sujet d'une « pensée délirante primaire », qui pourrait se constituer et s'enkyster dans l'enfance, au moment où « l'infans devient enfant en accédant au registre de la signification »(54), notamment en élaborant mythes et théories sexuelles infantiles.

Elle définit la pensée délirante primaire comme « l'interprétation que se donne le Je de ce qui est cause des origines » à la fois « du sujet, du monde, du plaisir, du déplaisir » par « un énoncé dont la fonction sera d'indiquer une cause qui rende sensée leur existence. » (54)

Elle explique en effet que par la pensée délirante primaire, le « Je » crée « du sens là où [...] le discours de l'Autre l'a confronté à un énoncé a-sensé ou manquant »(54).

La pensée délirante primaire serait le noyau organisateur de la potentialité psychotique, potentialité qui ne serait pas présente chez tout est chacun, et qui serait une condition nécessaire mais non suffisante pour le déclenchement manifeste d'une schizophrénie ou d'une paranoïa. (54)

Cette pensée ne serait pas refoulée mais pourrait être enkystée, sauf dans le cas des formes infantiles de psychose où elle s'exprimerait directement sans pouvoir s'enkyster, autrement dit être mise de côté par une forme de clivage.

Comme l'explique Sophie de Mijolla-Mellor reprenant l'œuvre de Piera Aulagnier, « la potentialité psychotique, c'est donc non seulement la mise en place précoce d'une pensée délirante primaire évoluant [ou pas] en psychose à l'âge adulte, mais aussi cette faille née de la mise à distance de cette « solution délirante », faille qui constitue un appel au délire toutes les fois que la situation de conflit sera réactivée par des évènements divers. »(55)

Piera Aulagnier développe également la notion de « conflit identifiant-identifié »(56) dans la formation d'une potentialité psychotique, avec « idéalisation du Je de l'infans par le porte-parole »(55) et la possibilité de « rage meurtrière que peut éprouver le sujet face à ce Je idéalisé qu'il n'est pas »(55). Ainsi par exemple, « la solution psychotique, en substituant un identifié grandiose (le Christ, Napoléon, etc), à la fois

obéit à l'injonction maternelle (être tout de suite et non pas devenir en différé un « grand » personnage) et la nie » (55).

Dans son analyse de la genèse d'une potentialité psychotique, Piera Aulagnier repère également des éléments clefs du contexte familial, concernant la mère, le père, ou le couple parental, souvent présent avant même la naissance de l'enfant et constituant ainsi sa « préhistoire ». Elle distingue ainsi la formation d'une potentialité schizophrénique de la formation d'une potentialité paranoïaque :

Dans la potentialité schizophrénique, elle considère que le « non-désir » d'enfant de la part de la mère, l'ahistoricité et l'interdit de pensée joueraient des rôles favorisant. La potentialité paranoïaque s'inscrirait davantage, selon l'auteur, dans une problématique concernant avant tout le couple parental et plus particulièrement le père. Et la pensée délirante primaire aurait alors pour fonction de « rendre la haine intelligible, raisonnable et sensée ». L'enfant se retrouverait en effet pris dans un climat de haine entre ses parents, venant faire obstacle à la possibilité d'élaboration d'un fantasme de la scène primitive qui lui permette de se représenter sa propre origine.

. En effet il s'agit d'un conflit conjugal où « le couple érotise l'affrontement conflictuel, le vit dans une grande intensité affective qui montre qu'il est d'abord pour eux-mêmes le substitut d'une relation sexuelle. » (54) Mais au contraire d'une scène érotique de laquelle l'enfant serait exclu et qu'il pourrait fantasmer, c'est une scène réelle dans laquelle il se trouve mis en position de spectateur bienvenu qui devra jouer un rôle pour prendre parti pour l'un ou l'autre des belligérants. Se produit alors un télescopage entre fantasme et réalité. (55)

Pour Piera Aulagnier, l'une des origines de la psychose serait liée à « la transmission d'un manque dans les paroles dont a disposé le Je parental et dont

disposera le Je de l'enfant pour se rendre dicibles, maîtrisables et sensés les affects éprouvés dans le vécu relationnel » (55)

Elle souligne l'impact que peuvent avoir certaines difficultés parentales à traduire les éprouvés de l'infans au contact de la réalité, aussi bien de souffrance que de plaisir partagé, en une représentation qui puisse faire sens pour lui.

Dans les suites d'un tel contexte où « la liaison affect-cause a volé en éclat, il n'y a pas de paroles pour la parler » (55), Piera Aulagnier en arrive à concevoir la potentialité de l'éclosion d'un délire comme une construction répondant à cette absence de relation entre le mot et l'affect : « le délirant, au sens fort du terme, réussit à construire à l'extérieur de lui-même ou en son corps, un monde dont l'organisation redonne sens aux affects qu'il éprouve et, par-là, lui fournit les mots qui manquaient pour parler ces affects ».(55)

2.4 : COURANT TRANSGENERATIONNEL : DELIRE ET TRANSMISSION PSYCHIQUE ENTRE GENERATIONS

Les productions délirantes, notamment les délires de filiation, viennent interroger la question des origines, et se nourrissent des représentations de l'histoire familiale et plus encore de ses zones d'ombre ou de ses non-dits. Nous allons aborder ici la place des processus de transmission transgénérationnelle et intergénérationnelle dans l'émergence d'un délire.

Tout d'abord, on distingue les processus de transmission entre générations dits « intergénérationnels », c'est-à-dire une transmission parlée, qui a pu être intégrée, assimilée, des processus dits « transgénérationnels », par une transmission insuffisamment élaborée voire non symbolisée, brute, de caractère traumatique. (57) C'est sur cet aspect traumatique de la transmission non symbolisée d'« objets psychiques » bruts entre générations, sur ses modalités, et sur l'hypothèse de ses répercussions cliniques notamment par des productions délirantes, que se sont penchés les principaux tenants du courant théorique transgénérationnel.

Nicolas Abraham et Maria Torok, psychanalystes d'origine hongroise, ont développé ensemble des notions clés de la clinique du transgénérationnel, en particulier les concepts de crypte, de fantôme et d'incorporation, dans leur articulation avec les deuils non symbolisés et fautes ou secrets inavouables enfouis dans le silence de générations familiales successives, jusqu'à l'apparition de symptômes notamment délirants chez un membre de la famille. (58)

Ils mettent ainsi en avant le caractère traumatique d'un « défaut de transmission » symbolisée d'évènements (venant dégrader le mythe d'idéal familial) sur les générations ultérieures, qui perçoivent sous une forme non symbolisée les « traces »

de ces non-dits, venant alors s'inscrire comme des « fantômes » dans une « crypte » ou « caveau secret » du psychisme, et « parler tout seul » sous la forme énigmatique de symptômes corporels psychosomatiques, comportementaux ou délirants qui semblent échapper au sujet.

Par « fantôme », Abraham et Torok illustrent en fait métaphoriquement « « le travail dans l'inconscient du secret inavouable d'un autre (inceste, crime, bâtardise, etc.) »(58) Le sujet se trouve ainsi comme identifié malgré lui à un « objet transgénérationnel », ainsi que l'a développé Alberto Eiguer.(59) À l'origine de ce processus émerge l'hypothèse de mécanismes venant rendre possible cette transmission psychique entre générations.

Abraham et Torok avancent notamment l'idée d'un phénomène d' « incorporation » qui viendrait limiter le moi par « inclusion massive » non intégrée, au contraire de l'introjection qui permet « l' enrichissement et [...] l'élargissement du moi ».(60)

A.Ciccone a proposé une relecture critique de ces notions concernant la transmission psychique inconsciente, il considère finalement que les processus décrits précédemment renvoient au mécanisme d'identification projective, qu'il considère comme la « voie royale » de la transmission psychique entre générations. L'objet transmis par identification projective est incorporé et non introjecté, c'est-à-dire qu'il n'a pas pu être intégré, assimilé au Moi. Cet objet « n'est pas (ou peu) transformé par la transmission, mais [...]il transforme le sujet »(39)

Ainsi le moi se trouve aliéné de manière symbiotique à ces objets psychiques incorporés, qui peuvent être des « objets hallucinatoires, délirants », transmis de manière traumatique.

Il décrit l'« empiètement imagoïque » comme l'une des modalités de cette transmission aliénante lorsqu'une imago parentale, en tant qu'objet psychique, « s'impose ou est imposée comme objet d'identification d'un enfant (l'enfant est identifié comme réplique, dépositaire ou héritier de l'imago) et comme objet d'identification pour l'enfant (l'enfant est pris dans une nécessité de s'identifier à l'imago) ». Ce dernier peut alors, de manière non consciente, être capté par cette identification et se développer en faux-self, ou au contraire rejeter cette imago vécu comme persécutrice, pour la contrôler et la mettre à distance. (61) On peut penser que ces processus de rejet de l'imago parentale ou de captation par cette imago, s'ils viennent à déborder le sujet, pourraient être « pris en charge » par des productions délirantes dans une tentative d'appropriation ou de désappropriation de ces contenus psychiques, visant une subjectivation.

Par ailleurs, A.Ciccone a souligné l'importance de la transmission parentale à l'enfant d'un héritage en termes de besoins narcissiques des parents, et de scénarios fantasmatiques qui leur sont propres.

En effet le bébé hérite implicitement à sa naissance de missions vis-à-vis de ses parents, consistant d'une part à assurer une « continuité » (61) voire une immortalité du narcissisme parental, et d'autre part consistant à « réparer l'histoire parentale » (61) faite de blessures narcissiques, d'échecs ou de traumatismes de leur « expérience infantile » (61), qui se trouve ravivée par la parentalité. Ferenczi avait condensé ce processus par le terme d'« enfant-thérapeute ». (60)

On peut se demander ainsi dans quelle mesure ce besoin de continuité et de réparation narcissique transmis des parents à l'enfant peut trouver à se symboliser dans les délires de filiation. En effet les « parents du délire » sont alors souvent des

personnalités illustres, « réhaussées » par rapport aux parents réels tout en gardant quelques subtils points communs avec ces derniers.

Les « scénarios fantasmatiques » des parents, « construits à partir notamment de leurs expériences traumatiques infantiles et leur histoire œdipienne »(61) sont véhiculés inconsciemment à l'enfant auquel ils font jouer un rôle, et peuvent par la suite chercher à s'illustrer, à se symboliser dans des contenus délirants.

Partant d'une recherche sur les délires de filiation, Jean Guyotat a particulièrement étudié le rôle structurant du lien de filiation, qu'il définit comme « ce par quoi un individu se relie et est relié par le groupe auquel il appartient à ses ascendants et descendants réels et imaginaires »(62)

Il distingue trois dimensions constitutives du lien de filiation, à savoir la filiation instituée, la filiation biologique, et la filiation narcissique imaginaire.

La filiation instituée est celle qui relie juridiquement un enfant à son père et à sa mère, qu'il s'agisse d'une filiation naturelle, officielle ou adoptive. C'est un lien symbolique qui se transmet de manière consciente.

La filiation biologique est celle qui est définie par la transmission de deux patrimoines génétiques.

Mais la filiation instituée et la filiation biologique ne sont pas les seules qui soutiennent notre inscription dans les générations. A côté de ces logiques du droit et de la nature, se développe ce que Jean Guyotat a appelé la filiation narcissique imaginaire, c'est-à-dire « un lien narcissique de reproduction du même [...] un fantasme qui est une défense contre la mort : il s'agit d'un fantasme d'immortalité »(21)

Certains évènements que Jean Guyotat qualifie de « symbolicides »(21) vont venir favoriser le développement de la filiation narcissique aux dépens de la filiation instituée symbolique. En particulier le décès d'un enfant en période périnatale avec la problématique de « l'enfant de remplacement » à qui est parfois donné le prénom de l'enfant précédemment décédé, comme une « façon de le perpétuer, de ne pas en faire le deuil »(21). Les cas de coïncidence entre la mort d'un proche et la naissance d'un enfant peuvent également favoriser la représentation d'une filiation narcissique et être vécus de manière pathologique. Mais aussi les atteintes somatiques congénitales, les handicaps, les cas de stérilité, les avortements spontanés, les tentatives de suicide, la jumeauité...(39)

C'est parce que ces évènements viennent marquer une rupture traumatique dans un lien de filiation symbolique instituée, que la dimension narcissique imaginaire de la filiation aura tendance à prendre le pas sur la filiation instituée, pour venir réparer ce lien. En effet si cette rupture n'est pas parlée, symbolisée en elle-même et donc non intégrée dans le discours familial, elle laissera la place au développement de « fantasmes de transmission » (39) qui viendront alimenter le lien de filiation narcissique imaginaire. Cette configuration pourra donner lieu à l'écllosion d'un délire de filiation, en particulier à l'occasion d'évènements de vie venant réactualiser la question de la filiation pour le sujet (accouchement, deuil d'un parent...).

Romano Scandariato s'est également particulièrement intéressé à l'émergence d'un premier épisode délirant aigu sur le thème de la filiation chez l'adolescent. Il a mis en évidence le rôle parfois déterminant d'un secret de famille ou d'un non-dit, non-élaboré, « non partagé »(63) concernant un évènement traumatique familial perçu comme honteux ou venant entacher l'image idéale de la famille, et a montré comment la survenue d'un délire de filiation chez un adolescent peut venir remplacer un secret

de famille. En effet Romano Scandariato explique que le secret de famille est « un mécanisme de défense familial destiné à protéger une filiation instituée mise à mal par des évènements de vie difficiles », moyen de défense cependant fragile, peu fonctionnel et susceptible de céder à tout moment. Notamment à l'adolescence, les questions identitaires et «les interrogations sur les origines et l'histoire individuelle et familiale »(63) ne pourront plus être reportées, et l'enfant qui jusqu'à présent s'efforçait de méconnaître un secret de famille qui laisse toujours filtrer quelques indices, pourra se retrouver face à une prise de conscience insupportable, et à une « injonction familiale de ne pas savoir [...] trop forte »(63). L'adolescent va alors « remplacer l'histoire réelle mais inacceptable précédemment occultée par le secret »(63), par une production délirante renvoyant à la filiation narcissique imaginaire. Le délire semble alors prendre une valeur d'appel, d'adresse à la famille concernant une question, jusqu'alors couverte par le secret, mais qui fait retour pour l'adolescent. Romano Scandariato considère dans ces cas que le patient délirant maintient une « loyauté au système familial » de par la forme cryptée et énigmatique du délire, ainsi que par « l'autodisqualification qu'implique la folie »(63). Comme il le souligne, « dans la rencontre avec ces adolescents, il est essentiel de ne pas tomber dans le piège défensif qu'ils nous proposent d'emblée, en confirmant leur autodisqualification par un diagnostic psychiatrique qui nous empêcherait d'entendre leur délire comme une affirmation importante et authentique de leur point de vue sur les relations intra-familiales, mais qu'il leur est interdit de reconnaître comme telle. Il faut au contraire tenter de comprendre ce qu'ils veulent nous dire, et les aider à se réapproprier ces contenus. »(63)

2.5 : LE DELIRE DANS LA DYNAMIQUE FAMILIALE ET INTER-SUBJECTIVE :

- Harold Searles et « l'effort pour rendre l'autre fou » :

Harold Searles était un psychanalyste américain qui s'est particulièrement intéressé à la psychothérapie des patients schizophrènes et au contre-transfert.

Il a étudié le délire des patients schizophrènes et a mis en évidence le rôle inconscient des interactions familiales, en particulier parent-enfant, dans l'émergence d'un délire chez l'une des deux personnes, comme si inconsciemment l'un cherchait à « rendre l'autre fou ». Searles identifie ainsi plusieurs motifs inconscients à l'origine de cet « effort » : des « souhaits de psychose » équivalents à des « souhaits de mort », ou encore une extériorisation d'une folie ressentie menaçante par un membre de la famille dans un autre membre de la famille, celui-ci devenant alors « le dépositaire de la folie de tous les autres membres du système familial »(64). En particulier Searles considère que dans certaines relations mère-enfant, l'enfant peut collaborer à intégrer la « folie » de sa mère par amour et sollicitude, en sacrifiant son individualité « à la symbiose si indispensable au fonctionnement de la personnalité de la mère »(64). Il décrit comme autre motif un désir de l'enfant de mettre à jour la folie qu'il perçoit chez un parent « afin que d'autres valident ses perceptions et partagent avec lui le fardeau de soigner le dit parent »(20), ou encore un désir d'individuation de l'enfant vécu par le parent comme un désir de le rendre fou. Mais le plus fréquent et le plus puissant des motifs pour rendre l'autre fou serait « le désir d'une relation symbiotique profondément gratifiante avec l'autre »(20).

Racamier et le « figurant prédestiné » :

Racamier a identifié par ce terme la place particulière que peut prendre un enfant dans la configuration familiale, à savoir « celui [ou] celle, dans une famille, qui porte à son

insu la charge de représenter et d'incarner, pour le meilleur et pour le pire, l'idéal maternel et familial. Il est figurant, en ce qu'il configure cet idéal ; et prédestiné, en ce qu'il n'a pas lui-même choisi ce rôle, que cependant il adopte avec une sorte de passion »(24) À travers ses observations cliniques de patients délirants notamment schizophrènes, Racamier a en effet perçu que certains patients étaient mis en position de « figurant prédestiné », implicitement chargé à la fois de soutenir la mère en la préservant d'un effondrement dépressif, mais aussi de maintenir voire de verrouiller l'homéostasie « à la fois rigide et fragile » d'une famille autosuffisante fondée sur un mythe « d'auto-engendrement »(24). Racamier explique alors que c'est à l'occasion d'un évènement venant menacer voire démentir ce fantasme « d'idéal narcissique maternel et d'autarcie familiale », qu'il s'agisse d'un changement externe, d'un « germe d'émancipation » interne, d'une « immixtion se pressant au-dehors » ou d'un deuil, que le « figurant prédestiné » va surinvestir son rôle pour tenter de maintenir l'équilibre familial (24). Son moi va alors se trouver submergé par une « masse inouïe d'excitations narcissiques et libidinales » qu'il ne parvient pas à organiser, jusqu'à une sorte de « surchauffe » à l'origine de ce que Racamier appelle un « évènement psychique blanc », point de non-retour à partir duquel le figurant prédestiné va organiser un délire mégalomane et d'auto engendrement. Il devient alors comme un « organe hypocondriaque » pour la famille, objet de projections à la fois surinvesti, adoré et détesté(24). Les notions de figurant prédestiné et d'auto-engendrement viennent s'inscrire à la suite du développement d'un autre concept forgé par Racamier, celui d'Antœdipe. Il a ainsi désigné un stade préalable à celui de l'Œdipe, et qui constituera vers l'Œdipe « soit une voie d'entrée, soit une écrasante barrière défensive »(24). Cette « étape » de l'Antœdipe, qui pourra ou ne pourra pas être

dépassée, est centrée autour du fantasme d'auto-engendrement, fantasme qui consiste en un déni des origines, notamment une abolition des générations.

Racamier emploie le terme de « fantasme-non fantasme » d'auto-engendrement, dans le sens où il est vécu sans possibilité de représentation. Il se forme dans un contexte d'expérience de séduction narcissique « à outrance », une part de séduction narcissique étant normale et vitale au développement psychique. Mais il s'agit dans le cas des problématiques psychotiques d'une séduction narcissique qui va jusqu'à « éviter l'évènement psychique progressif de la séparation, de la différence et de l'excitation », jusqu'à « dénier la différence des sexes, des générations et des êtres », et « barrer la route à la croissance psychique ». (24)

Cette séduction narcissique à outrance se manifeste par des relations symbiotiques et s'oppose donc à l'avènement du sexuel, le sexuel impliquant une reconnaissance de la différence. Paradoxalement « l'ultime figure [du] combat » de la séduction narcissique contre le sexuel pourra être l'inceste, ou plutôt l'incestuel, défini par Racamier comme un « « agi anti conflictuel et anti fantasmatique »(24) sans représentation de l'interdit ni de la différence des sexes et des générations propres à l'organisation œdipienne. Le terme « incestuel » forgé par Racamier recouvre d'une part l'idée d'un inceste agi en deçà de toute représentation, l'acte venant occuper une place de « pare-feu libidinal » au fantasme (24), mais ce terme vient qualifier aussi tout ce que Racamier a considéré comme des « équivalents d'inceste ». Il définit ainsi l'incestuel comme « ce qui, dans la vie psychique individuelle et familiale, porte en soi l'empreinte de l'inceste non fantasmé, même s'il n'est pas physiquement accompli. » (24)

C'est donc dans des configurations relationnelles où règne la séduction narcissique et l'incestuel, allant à l'encontre de la différence des sexes et des générations, que se

forge le « fantasme-non fantasme » d'auto-engendrement caractéristique de l'Antœdipe. Il consiste en un déni des générations et des origines (le père, la mère, la scène primitive) « au profit d'un unique acte de création quasi divine » (24). Si cet Antœdipe ne peut pas être « tempéré », il pourra aboutir à l'émergence d'un délire.

2.6 : APPORTS THEORIQUES PSYCHODYNAMIQUES D'AUTEURS CONTEMPORAINS, LE DELIRE DE SOI A L'AUTRE :

Le phénomène délirant, sujet inépuisable de recherches, continue de susciter de nouveaux développements théoriques, parmi lesquels nous avons retenu ceux de René Roussillon puis de l'un de ses élèves Simon Flémal , dans une perspective centrée sur les processus de symbolisation du soi, pour ensuite resituer le délire dans la relation à l'autre, avec l'analyse de Vassilis Kapsambelis.

René Roussillon : le délire comme processus de "symbolisation secondaire"

René Roussillon a développé un modèle des processus de subjectivation et de symbolisation. Il considère le délire comme un ultime recours permettant de symboliser et de « cicatrifier » une expérience traumatique qui n'avait pas pu être symbolisée initialement.

Par expérience traumatique, Roussillon se réfère à un échec de symbolisation primaire à l'origine de traces mnésiques qui insistent alors à se réactiver de manière répétitive. La symbolisation primaire consiste en un processus de transformation d'éprouvés sensori-moteurs en « représentations de choses »(65). Si la symbolisation primaire ne peut pas se faire correctement en raison d'une réponse inadaptée de l'objet primaire, l'expérience devient traumatique et en conséquence, « le moi se clive d'une expérience à la fois éprouvée et en même temps non constituée comme une expérience du moi ». Le moi s'ampute également d'une partie de lui-même (66) .

Roussillon considère que « le clivage provoqué par le traumatisme primaire est une donnée structurale qui entre dans l'organisation profonde » de ce qu'il nomme les

« souffrances narcissiques identitaires »(66). Le recours au délire pourra alors être l'une des solutions défensives pour lutter contre « le retour du clivé »(65).

Il résume ainsi son propos : « le délire est une tentative de liaison symbolique secondaire d'une expérience primaire non symbolisée primairement. C'est aussi un mode de cicatrisation par la symbolisation secondaire du retour du clivé de l'expérience agonistique primaire »(66).

René Roussillon a également mis en relief l'importance du rapport du sujet à son activité de représentation, c'est-à-dire ses capacités de réflexivité, qui ne sont plus présentes dans le délire.

Flémal : les fonctions contenante, localisante, et identifiante du délire

Simon Flémal, conjuguant les apports de ses prédécesseurs en particulier Winnicott, René Roussillon et Piera Aulagnier, a proposé une conceptualisation des fonctions du délire. Il développe l'idée que c'est l'« interdit de penser » ses origines conceptualisé par Piera Aulagnier, qui mettrait le sujet dans une « position impensable » et constituerait une expérience traumatique ou « noyau catastrophique »(67) le confrontant à une « réalité massive et sidérante »(67), dont le délire constituerait l'une des issues.

Cet interdit de penser entraîne en effet une absence de mise en forme représentative, et donc la persistance de traces mnésiques non assimilées, non élaborées, qui font « potentiellement retour sous forme de sensations hallucinées, d'affects bruts et d'impressions énigmatiques »(67).

Ainsi se forme une « expérience catastrophique » à l'origine d'un débordement pulsionnel que le sujet psychotique ne parvient pas à réguler, par manque d'une « représentation de l'absence de représentation »(68) et donc défaut de réflexivité psychique(67). La désorganisation et l'angoisse massive qui en résultent peuvent amener le sujet à élaborer une pensée délirante venant pallier au manque de subjectivation du vécu infantile(67).

Flémal considère alors le délire comme la conjugaison de trois fonctions permettant de préserver le fonctionnement psychique :

- Une fonction contenant : le délire se constitue en effet comme « un espace psychique propre à contenir et transformer de manière signifiante les fragments de l'impensé traumatique » apparaissant au sujet sous la forme d'hallucinations (67). Reprenant l'idée de Gimenez(69) selon laquelle les hallucinations constituent une première mise en forme sensorielle ,Flémal explique que le délire va s'appuyer sur les hallucinations et tenter de rassembler en une première ébauche de significations les traces mnésiques de « l'impensé traumatique qui ravage le sujet et son corps »(67). Le délire opère ainsi une contenance par le moyen d'une traduction signifiante formelle et d'un « déplacement sémantique » dans le domaine du représentable de la « position insensée » à laquelle s'était senti assigné le sujet dans son passé(67).
- Une fonction localisante de la pulsion, par la projection du débordement pulsionnel sur un objet du monde extérieur, créant un « déplacement topique » de la position impensable du sujet (67). Le sujet délirant transpose ainsi, par le biais du délire, la position traumatique ressentie dans une réalité objectale pensable et plus vivable pour lui (67). Le délire prend alors une dimension paranoïaque (67).

- Une fonction identifiante, par la création d'un énoncé identifiant venant « suppléer aux énoncés manquants ou insensés concernant la question de ses origines »(67). Cette fonction identifiante constitue pour le sujet délirant « une réponse apaisante à l'énigme de son histoire », et rend ses relations aux autres plus tolérables par ce que Flémal appelle une « résolution identificatoire »(67).

Le délire permet ainsi de transformer la place insensée du sujet en une position pensable, habitable et identifiante pour lui (67).

Vassilis Kapsambelis : le délire comme défense contre l'altérité et contre le désir de l'autre

Vassilis Kapsambelis reprend et prolonge l'apport de Freud concernant le délire dans les psychoses par la tentative de « réobjectalisation » que constitue le délire, à partir d'un « moi psychotique » aux limites poreuses vis-à-vis du monde externe, objectal. Le délire serait ainsi un moyen de réaffirmer la différenciation moi-objet mais en créant l'objet, à savoir une néo-réalité délirante, impliquant un déni de la réalité externe partagée. Le sujet délirant sauvegarde ainsi son moi en le différenciant de l'objet transformé et maîtrisé par le délire. C'est alors par le « degré de réussite » de sauvegarde du moi et de constitution d'un délire « suffisamment organisé, et donc organisateur », que l'on peut distinguer les schizophrénies d'autres psychoses délirantes plus structurées(70).

Comme le remarque Vassilis Kapsambelis, Freud distingue tout au long de son œuvre les psychoses des autres affections par leur caractère de conflit avec la réalité, avec le monde extérieur. Il s'agirait plus précisément d'un empêchement de la représentation de la réalité, donc une perte de la dimension du fantasme, « comme si un mécanisme en amont de la représentation – quelque chose au niveau de l'activité

perceptive, ou plutôt de l'investissement libidinal de l'activité perceptive – entrain en action pour l'en empêcher »(70)

Vassilis Kapsambelis, dans son analyse des fonctionnements psychotiques à partir du rapport à la réalité et de la notion de dipôle moi-objet, distingue les psychoses délirantes des autres psychoses, et accorde une place spécifique à la schizophrénie(70).

En effet, il précise dans un premier temps l'élément souvent reconnu comme caractérisant les psychoses, à savoir la perte de contact avec la réalité. Il rappelle à l'appui d'autres auteurs (Winnicott, Roussillon) que l'objet est investi avant d'être reconnu comme objet, et qu'il n'est reconnu comme objet que par son caractère frustrant, et donc haïssable, l'objet naît dans la haine. Une fois l'objet perçu comme tel, différencié du moi, celui-ci peut être considéré comme ayant une pulsionnalité propre, et des désirs qui sont les siens. D'où la formulation « la réalité c'est le désir de l'autre »(70), l'accès à la réalité, à l'objet extérieur au moi, amenant la reconnaissance de désirs propres à l'objet, et donc de pouvoir être à son tour objet du désir de l'autre. Il explique ainsi que le délire permet au sujet de se défendre de l'objet désirant en créant lui-même son objet et sa réalité, donc en les contrôlant. Il conserve l'idée freudienne selon laquelle cet objet délirant crée comme faisant partie de la réalité extéroceptive sera issu du déni d'un « contenu pulsionnel » de la réalité « proprioceptive » que le moi refuse de reconnaître sienne (70).

Il souligne cette idée, qu'il relève chez Freud mais aussi Mélanie Klein, selon la formulation suivante : « un mouvement pulsionnel non admis par le moi [...] se trouve "illustré", pris en charge par la réalité extérieure et comme "incarné" par l'objet. »(70)

Il note que par ce processus délirant, « la part d'inconnu de l'objet » est ignorée, c'est-à-dire ce « désir de l'objet » qu'il soit propre à l'objet ou « issu d'un mouvement

pulsionnel du sujet que le moi refuse d'accepter » . C'est sur ce dernier point que Vassilis Kapsambelis conclut et résume sa conception des fonctionnements psychotiques et notamment délirants : « Je crois que c'est précisément dans cette part de l'objet que réside son caractère éminemment traumatique - pour tout le monde, et pas seulement pour les états psychotiques, même si ces derniers semblent les seuls à ne pas vouloir s'en accommoder et entrent ouvertement en résistance. »(70)

3. QUELLES GRANDES FONCTIONS PSYCHIQUES DU DELIRE PEUT-ON DEGAGER :

À l'issue de cet aperçu des apports de la littérature psychodynamique quant aux fonctions du délire, il semble possible d'approcher une meilleure compréhension de l'impression de nécessité presque vitale que revêt le délire dans la vie psychique d'un sujet.

Pour reprendre les propos de Jean Oury, « le système délirant est un système de survie », « sauver le monde, c'est une façon plus ou moins métaphorique de se sauver soi-même ». (71)

Nous proposons ici de résumer les fonctions psychiques du délire selon une vision topologique, dynamique et économique partant d'une survie de soi, jusqu'à viser une remise en relation à l'autre et au monde.

❖ Fonction de défense contre une angoisse massive,

que Racamier qualifiait de « térébrante, cataclysmique » (1) et que Winnicott a mis en lien avec des angoisses primitives d'anéantissement ou « agonies primitives ». Contre ce vécu d'angoisse de mort psychique, Racamier a pu dire « mieux vaut délirer que mourir » (1).

Nicolas Brémaud évoque la délire comme une protection contre « l'innommable [...], l'insupportable, [...] le surgissement du réel angoissant » (4).

❖ **Fonction localisante et structurante par tentative de différenciation soi-non soi, dedans-dehors :**

Par un processus de localisation au dehors, via le mécanisme de projection, de parties du soi non reconnues comme telles, inacceptables, de traces expérientielles non assimilées, non symbolisées, ou d'un débordement pulsionnel (72). Emmanuelle Chaillet Ballif note à ce sujet, concernant les accès délirants chez les adolescents et adultes jeunes, une « fonction de soutien des clivages quand ces derniers ne sont plus opérants »(73). Simon Flémal souligne la dimension structurante de l'identification « dans la réalité extérieure [de] son objet persécuteur » et du « contrôle psychique » alors maintenu sur cet objet au moyen de l'identification projective.(72)

❖ **Fonction de contenance, de rassemblement, d'enveloppe :**

Gaetano Benedetti explique ainsi que « le délire représente une tentative d'organisation ; son inflexibilité en fait aussi une défense contre le démembrement »(74). Le délire permet en effet de contenir et soulager partiellement les angoisses de morcellement(72), de rassembler entre eux les « objets bizarres » décrits par Bion, faisant retour après attaque des liens, les hallucinations, de « renouer entre eux les éléments isolés énigmatiques » (4), de « contenir et transformer l'impensé du traumatisme »(72) en leur donnant une première mise en forme par le discours délirant.

Sous une acceptation plus lacanienne le délire permet de circonscrire la jouissance délocalisée, ressentie notamment dans des phénomènes de corps, par «

signifiantisation » de cette jouissance au moyen du délire qui vient la délimiter et la « chiffrer »(4).

❖ **Fonction de renforcement des assises narcissiques et du sentiment identitaire :**

Par suite de la localisation à l'extérieur de contenus pulsionnels persécuteurs qui peuvent devenir un Autre persécuteur, identification à une position de toute puissance narcissique, renvoyant au moi-idéal, déduite du vécu de concernement par l'Autre(72). Le sujet délirant peut alors s'identifier à un soi grandiose « digne d'une telle persécution »(29), notamment par la mégalomanie, ou un soi intensément aimé, par l'érotomanie. Le délire peut ainsi venir combler une faille narcissique, une défaillance du Moi, un Moi dans lequel le sujet s'est senti altéré ou insuffisant.

❖ **Fonction identifiante par symbolisation secondaire :**

Le délire vient donner une symbolisation, représentation à un interdit de penser, un fragment manquant dans le discours de l'autre, un traumatisme non élaboré, un secret de famille.

Freud avait également remarqué que les constructions délirantes, en particulier le délire du président Shreber, pouvaient évoquer des illustrations métaphoriques du processus délirant lui-même, comme si le sujet délirant cherchait à s'auto-représenter le débordement de son fonctionnement psychique et à tendre ainsi vers une forme de réflexivité, par représentation symbolique des processus psychiques au travers du délire.

Nous rejoignons ici l'idée d'une « fonction identifiante » du délire telle que proposée par Flémal, car le sujet délirant trouve une forme de « résolution identificatoire »(67) en se repositionnant comme sujet ou auteur de son énoncé délirant, c'est-à-dire de la mise en forme par le délire des éprouvés traumatiques, des impensés, des « conflits identifiant-identifié » ou des fragments manquants dans le discours de l'Autre.

❖ **Fonction de maîtrise, de contrôle :**

En se positionnant sujet du discours délirant, le sujet du délire construit un discours répétitif et assez rigide fait de quelques signifiants, comme s'il se considérait lui-même créateur du langage et refusait les signifiants venant par association de l'Inconscient, de l'Autre. Cette rigidité du discours délirant prend une fonction de maîtrise et de défense contre l'angoisse et les débordements évoqués précédemment, mais elle enferme aussi le sujet dans une impossibilité d'évolution, de dialectique, et rend difficile la rencontre réelle avec l'autre.

❖ **Fonction de maintien d'un lien symbiotique avec l'objet :**

en particulier par les processus d'identification projective et de clivage à l'œuvre dans le délire, le sujet délirant contourne en quelque sorte la séparation d'avec l'objet, l'intégration de l'ambivalence de l'objet et de sa propre ambivalence.

❖ **Fonction d'adaptation ou « fonction transitionnelle »(75)**

de « passage », « d'accompagnement » le temps d'une adaptation, contre un changement brutal d'environnement confrontant le sujet à une réalité non assimilable

directement. Il peut s'agir comme nous l'avons vu d'un sujet âgé confronté à un changement brusque dans son quotidien, qui va maintenir quelque temps un lien à l'objet perdu à travers le délire, ou par exemple de l'éveil progressif d'un coma en service de réanimation. Raphael Minjard a ainsi décrit le délire des patients s'éveillant d'un coma comme jouant « un rôle d'organisateur temporaire du vécu hallucinatoire du patient, lui-même ancré sur une représentation pictographique « de survie » »(75)

❖ **Fonction de constituer une forme de jouissance possible pour le sujet**

Le délire pourrait devenir en lui-même l'expression d'une forme de jouissance qu'a pu trouver le sujet, et qui l'oriente dans l'existence..

❖ **Fonction de reconquête d'un rapport objectal par reconstruction d'une néo-réalité plus vivable pour le sujet**

Dans l'énoncé délirant, le sujet se remet dans une certaine forme de relation au monde et aux autres, ce qui semble constituer une lutte contre un retrait total. Le délire constitue en effet une forme d'investissement libidinal tourné vers l'extérieur, bien que cet extérieur investi soit en fait une projection délirante venant se substituer à la réalité en partie déniée. Mais cette néo-réalité créée par le sujet délirant lui apparaît plus vivable, par l'apaisement que procure la significantisation de la jouissance, qui ne vient plus déborder le sujet, comme évoqué avec Lacan et Maleval, ou encore par défense contre le désir de l'autre, ainsi que l'a souligné Kapsambelis.

❖ **Fonction de maintien de l'homéostasie familiale :**

Comme évoqué avec Racamier, Searles et le courant transgénérationnel, le délire peut jouer un rôle de maintien d'un équilibre ou d'un idéal familial, un rôle de continuité et de réparation narcissique d'un parent, exprimer un secret de famille par le compromis du délire sous une forme encryptée, métaphorique et auto-disqualifiante.

Il ne s'agit pas bien sûr de considérer la « solution délirante » comme une solution idéale, mais de rendre compte de la vitalité et de la quête de subjectivité qui se manifeste au travers du « travail du délire ».

Les différentes fonctions du délire tentent de maintenir l'intégrité de soi, mais visent aussi le maintien d'une position intersubjective, d'une relation interpersonnelle dans le groupe familial actuel et à travers le temps dans une dimension transgénérationnelle.

On peut ainsi resituer le fait délirant dans un gradient du normal au pathologique, et parfois dans le cadre d'un réaménagement identitaire dans une dynamique développementale.

Mais le délire rend souvent difficile la rencontre de l'autre, l'accès à une dialectique permettant une évolution et l'inscription dans une réalité externe partagée, et nous pensons qu'une meilleure compréhension des processus psychodynamiques à l'œuvre dans le délire peut nous donner des clefs précieuses pour rendre possible cette rencontre avec le sujet délirant.

4. CAS CLINIQUE

Nous présentons le cas de Melle L, dont la richesse du délire, qui semblait « rassembler » toute sa vie et la satisfaire, mais qui l'isolait en même temps dans un monde virtuel coupé de ses relations familiales, sociales et professionnelles, nous a interpellés. C'est également le contraste entre d'une part des capacités intellectuelles qui semblaient tout à fait conservées, sans aucun élément de désorganisation et même au contraire une impression de présence à l'autre et d'intensité dans l'échange, une accessibilité à l'humour, et d'autre part cette conviction inébranlable en un délire aux apparences des plus fantasques, qui a suscité nos recherches. Sans prétendre à une « compréhension » de son délire qui serait sans doute bien illusoire, nous allons cependant tenter d'en dégager quelques points d'analyse pour étayer cette réflexion sur le délire et ses fonctions.

Etant donné le contexte dans lequel a été rencontrée cette patiente, à savoir en hospitalisation sous contrainte avec plusieurs médecins psychiatres la recevant en entretien, et non pas en suivi ambulatoire régulier avec un seul psychiatre référent, il nous a semblé plus adéquat de recourir à une présentation psychiatrique triangulée, qu'à un récit de cas témoin.

Nous présenterons donc dans une première partie les éléments biographiques, les antécédents et l'histoire de la maladie, dans une deuxième partie une analyse sémiologique du délire selon les axes habituels (aspect évolutif, thèmes du délire, mécanismes, organisation, participation thymique et degré d'adhésion, symptômes associés), en troisième partie une discussion diagnostique, puis en quatrième partie une analyse de ce délire selon les différentes fonctions identifiées.

1) ELEMENTS BIOGRAPHIQUES, ANTECEDENTS ET HISTOIRE DE LA MALADIE

C'est dans le contexte d'une hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers, en l'occurrence sa mère, pour décompensation délirante, que nous rencontrons la patiente Melle L. Il s'agit de sa 4^{ème} hospitalisation en 4 ans depuis le début des troubles délirants.

Elle est alors âgée de 25 ans, inscrite pour la quatrième fois en 3^{ème} année de sciences humaines et sociales à l'Université. Elle avait pu effectuer une scolarité plutôt brillante jusqu'à la fin du lycée où elle avait obtenu un bac S avec mention Bien, et avait intégré hypocagne après le bac, seulement pour 4 mois. Elle avait choisi de vivre à l'internat durant tout le lycée.

Elle est célibataire depuis 3 ans, mais avait eu plusieurs relations amoureuses auparavant, elle avait vécu en couple à plusieurs reprises. Les relations avec les pairs étaient bonnes et Melle L était plutôt populaire auprès de ses amis avant l'installation progressive des troubles. Elle s'est alors progressivement isolée sur le plan social et n'a pu maintenir que deux relations amicales. Elle passe la majorité de son temps sur Facebook où elle poste et commente seule ses propres publications.

- Sur le plan familial :

Elle est la benjamine d'une fratrie de deux, son frère étant de 11 mois son aîné. Elle est née d'une grossesse non prévue. Elle a également un demi-frère aîné de 33 ans, issu d'une première union de la mère, ce demi-frère étant déjà installé en couple et père d'une fille de 4 ans.

Les parents sont séparés depuis 4 ans mais non divorcés.

La mère s'est reconvertie professionnellement, elle travaillait auparavant dans l'administration, puis s'est engagée dans la représentation politique d'abord au niveau municipal l'année de la première hospitalisation de sa fille, puis départemental l'année suivante, puis régional l'année d'après. Melle L décrit sa mère comme « une grosse bosseuse, elle a mis de côté sa vie de famille ». Le père de la patiente est commerçant et gérant d'un magasin. Elle le décrit comme « calme, écologiste, chasseur », « il n'a pas eu le bac mais il est surdoué ».

Le père n'est pas venu en entretien sur le temps de l'hospitalisation, mais la mère est venue à plusieurs reprises, d'un contact assez fuyant ou tout au moins prudent avec sa fille, en raison d'une agressivité notoire de la patiente envers sa mère. Melle L partait fréquemment des entretiens psychiatriques en présence de sa mère en claquant la porte après des propos véhéments à son encontre.

Melle L reprochait notamment à sa mère d'avoir « des choses à se reprocher », de n'être « pas toute blanche » tout en la traitant avec ironie de « Sainte Nitouche », de s'être « très peu occupée d'[elle] », et ajoutait « T'as voulu protéger ton fils qui m'a battu pendant toute mon enfance ! » (faisant référence à son frère à peine un an plus âgé), ce à quoi la mère répondait par un visage incrédule. Melle L lui reprochait également de n'avoir « rien fait pour elle » après qu'elle ait été convoquée au lycée par le professeur principal suite à ce que la patiente appelle une « dépression » à la suite d'un « viol » par une autre élève. La mère semblait contenir sa souffrance vis-à-vis des difficultés de sa fille et exprimait une certaine culpabilité, disant « je ne prétends pas avoir été une bonne mère, je travaillais tout le temps et n'étais pas souvent présente, je peux comprendre que je n'ai pas été assez présente ».

Concernant les relations parentales, la mère évoquait un conflit ancien, qui se serait accentué lorsque leur fille avait commencé ses études supérieures. D'après la

mère, le père aurait « utilisé les enfants comme remparts contre [elle] », et « se confiait à eux dès que quelque chose n'allait pas », durant de nombreuses années avant leur séparation. Mme disait avec émotion avoir « essayé de recréer une union », puis avoir cessé de croire en la possibilité de maintien de leur couple. Elle s'est alors séparée du père il y a quatre ans, et s'interrogeait sur la raison pour laquelle elle n'avait pas divorcé. Elle restait évasive concernant les difficultés du père de Melle L, mais précisait qu'il supportait encore très mal son absence depuis leur séparation.

- Les ATCD psychiatriques familiaux sont marqués par :

- Un trouble bipolaire à prédominance dépressive chez la grand-mère maternelle (« elle est dépressive depuis 50 ans » dit la mère de Melle L), et un trouble bipolaire chez deux cousins de Melle L du côté maternel ;

- Une notion de difficultés psychiques non précisées chez le père, notamment en contexte de procès ayant duré 10 ans, engagé par un cousin du père contre lui. La mère évoquait de manière évasive un procès concernant des donations d'argent entre le père et son cousin. D'après Melle L ce cousin aurait « fait des faux témoignages pour faire couler son père », il aurait « voulu extorquer de l'argent à ses parents », Melle L parle aussi de « campagnes de diffamation contre sa famille ».

- Les ATCD somatiques personnels et familiaux :

- Dans la petite enfance, la mère rapporte que sa fille a frôlé une mort subite du nourrisson à l'âge de 9 mois, et qu'elle a fait intervenir les pompiers. Puis à l'âge de 3 ans Melle L aurait failli s'étouffer avec une bille.

- Melle L rapporte un traumatisme crânien par chute en EPS au lycée, ce que sa mère ne semble pas pouvoir confirmer ni infirmer.

- Melle L a fait une pyélonéphrite à l'âge de 20 ans, puis un début de cancer du col de l'utérus a été découvert à 21 ans, une conisation a été réalisée à 22 ans (mi-février).

- Sur le plan familial on note un cancer du sein chez la mère, en rémission complète depuis trois ans.

- Histoire de la maladie :

- **Notion d'épisode « dépressif » à l'âge de 16 ans suite à un vécu de traumatisme** : les premiers troubles identifiés semblent remonter au lycée vers l'âge de 16 ans, la patiente évoque un épisode dépressif à la suite de ce qu'elle appelle un « viol » par une autre élève du lycée. La mère aurait été convoquée au lycée par le professeur principal dans le contexte de cet épisode dépressif, mais aucun suivi n'a été mis en place à cette époque. Melle L accuse une banalisation de ce vécu traumatique puis dépressif par son entourage en particulier sa mère .

- Mlle L dit ensuite avoir été consulter d'elle-même en CMP pour des **symptômes d'agoraphobie et d'après elle un syndrome de stress post-traumatique** qu'elle relie à ce viol ainsi qu'à une agression qu'elle aurait subie à un arrêt de bus où un homme lui aurait jeté des excréments au visage. Elle dit avoir fait une séance d'hypnose qui l'aurait déstabilisée puis s'être « soignée elle-même avec du **cannabis** ».

La période suivant le bac s'avère difficile, dans le contexte d'une première rupture amoureuse, de tensions avec sa mère qui l'emploie l'été pour travailler dans son entreprise, puis de conflits conjugaux dans le couple parental, qui se sépare durant 2 mois. Melle L qui s'était installée en appartement avec son frère et avait commencé Hypocagne, arrête la prépa au bout de 4 mois, préférant des emplois intérimaires.

- **1^{ère} hospitalisation en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers pour 1^{ère} bouffée délirante aigue à 23 ans en avril** Emergence de troubles délirants depuis le début d'année, avec polymorphisme des mécanismes, notamment hallucinatoire, et des thèmes, notamment de persécution et d'ésotérisme.

- **2^{ème} hospitalisation en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers pour nouvelle décompensation délirante moins d'un an plus tard fin février** de l'année suivante, jusque début mai. Polymorphisme des mécanismes, dont hallucinatoire, et des thèmes.

Nous précisons que certaines données sont manquantes concernant les 1^{ère} et 2^{ème} hospitalisations. Plusieurs diagnostics auraient été évoqués : bouffée délirante aigue, décompensation maniaque délirante, schizophrénie. Le traitement de fond à l'issue de la 2^{ème} hospitalisation était de la Rispéridone.

On note une période de stabilisation où Melle L a pu passer et obtenir son permis de conduire, puis a souhaité s'inscrire dans une autre université pour valider sa licence. Elle avait obtenu de très bons résultats au 1^{er} trimestre, puis elle a fait une nouvelle décompensation délirante à partir de février-mars, ayant nécessité une hospitalisation en avril :

- **3^{ème} hospitalisation en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en avril de l'année suivante** jusque juin pour 3^{ème} décompensation délirante, en contexte de rupture thérapeutique. Note thymique maniaque, coq à l'âne, fuite des idées, délire de filiation, mégalomanie, et persécution . Introduction traitement par olanzapine, sortie en programme de soins, avec délire toujours présent mais contenu, et compliance au suivi ambulatoire.

- **4^{ème} hospitalisation en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers fin janvier de l'année suivante :**

C'est donc durant cette dernière hospitalisation que Melle L a été rencontrée. Elle avait progressivement présenté une nouvelle décompensation délirante depuis fin décembre, et cela faisait trois semaines qu'elle s'était repliée à domicile avec incurie et rupture thérapeutique du suivi et des traitements au CMP, avant d'être à nouveau hospitalisée en HDT à la demande de sa mère fin janvier.

Nous allons à présent décrire la symptomatologie clinique par une analyse sémiologique du délire présenté par Melle L.

2) ANALYSE SEMIOLOGIQUE DU DELIRE

Afin de jalonner quelque peu cette production délirante assez floride, nous allons préciser successivement les thèmes du délire, ses mécanismes, son organisation, la participation thymique et l'adhésion de la patiente à son délire, et les symptômes associés. Concernant l'évolution de ce délire, comme l'histoire de la maladie a pu le mettre en évidence, il s'agit d'un délire chronique, puisqu'il se répète par épisodes rapprochés depuis quatre ans sans réel amendement des idées délirantes entre les décompensations, et celles-ci semblent se répéter sans grandes variations.

- Thèmes

On notera que certaines idées délirantes peuvent s'inscrire dans plusieurs thèmes à la fois.

Thème de filiation :

Melle L a l'idée que ses parents seraient bien des membres de sa famille mais ne seraient « pas directement ses parents », elle les considère plutôt comme « parrain et marraine ». Elle appartiendrait en fait à la famille royale britannique car sa vraie mère serait Lady Di, et son père Mickael Jackson, mais elle serait née d'une mère porteuse chinoise « Ting-Song » qui appartiendrait à la dynastie des Song (d'après la patiente celle de l'actuel président chinois). C'est son « père biologique » M Jackson qui lui aurait dit à 21 ans qu'elle avait été adoptée.

Elle fait un lien entre ces « trois parents », « les 3T » (groupe de musique formé par des neveux de Mickael Jackson) et « la trinité ». Mickael Jackson aurait été élevé par des cousins, et serait en fait un « roi d'Arabie Saoudite en exil », il serait « né à la Mecque » et aurait « des ascendants arabes et égyptiens ».

Elle aurait ensuite été enlevée par Klaus Barbie alors qu'elle était bébé.

Elle nous explique que cela est en effet hautement probable puisque ni Mickael Jackson, ni Lady Di ni Klaus Barbie n'étaient encore décédés le jour de sa naissance, et il y avait « des nazis en liberté » l'année de sa naissance.

Idées de référence :

Sa dissertation de philosophie du bac, intitulée « Le champ des possibles », et pour laquelle elle avait obtenu la note de 19/20, aurait été réutilisée et « vendue » à l'entreprise de biscuits LU qui en aurait alors fait son slogan . Elle serait ainsi un « nègre littéraire ».

D'autre part, elle est persuadée que Mickael Jackson chante son prénom dans certaines de ses chansons, que Melle L avait tenu à nous faire écouter pour nous prouver qu'elle est bien la fille cachée de Mickael Jackson.

Enfin Melle L s'est fait l'idée que l'une des images de son écran de veille d'ordinateur (qui en réalité change de manière aléatoire), affichait le mot « LOVE », ce qui signifie pour elle que des personnes lui indiquent ainsi qu'ils l'aiment, la protègent et veillent sur elle.

Thème mégalomane :

Elle affirme, avec parfois beaucoup de véhémence, des propos comme « Je suis une princesse de sang royal ! » ou encore « Je suis le chef des armées ! »

Elle assure être « la personne la plus protégée du monde ! », et c'est pour la protéger qu'il y aurait des « caméras partout dans son appartement », ou encore des messages envoyés à son intention sur son écran d'ordinateur, comme évoqué précédemment.

Elle déjouerait des complots terroristes mondiaux, des attentats, et serait en lien avec la CIA, le KGB, le FBI... « en tant que consultante mais pas espionne ».

Le gouvernement français essaierait de l'engager comme medium (« par exemple pour savoir si Nicolas Sarkozy et Carla Bruni vont rester ensemble »)

Elle exprime des idées de toute puissance, de pouvoirs surnaturels : elle aurait fait tuer des gens par un drone simplement en pointant le curseur de sa souris d'ordinateur sur une carte géographique. Elle aurait également « écrit des choses » il y a 3 ans, notamment « la fusion entre Bayer et Monsanto », qui se seraient déroulées par la suite.

Elle dit être « devenue alchimiste sans l'avoir appris »

Des idées de richesse selon lesquelles elle vivrait d'une rente étaient rapportées lors de la précédente hospitalisation.

Melle L dit également connaître des célébrités notamment des acteurs, réalisateurs, chanteurs (Stromae) et Emmanuel Macron à qui elle avait d'ailleurs confié son chat.

Thème érotomaniaque :

Elle déclare (avant l'élection présidentielle) avoir été demandée en mariage par Emmanuel Macron 2-3 ans auparavant, elle serait son épouse cachée.

Thème sexuel :

Elle aurait été « violée », après avoir été tuée, par une fille de son lycée à l'âge de 16 ans, car cette fille lui aurait dit qu'elle l'aimait, mais Melle L refusant tout rapport sexuel avec elle, cette fille l'aurait tuée par étranglement puis violée, ce qu'elle déduit du fait que ses sous-vêtements auraient été tachés de sang quand elle est « revenue à la vie ».

Elle aurait également été abusée ainsi que son frère vers l'âge de 6-7 ans, par le petit-ami de la grand-mère maternelle, qui d'après elle les amenait chez lui et les droguait puis abusait d'eux. A ce sujet la mère rapporte de manière imprécise qu'elle et son ex-conjoint « ont eu des doutes » sur le comportement de cet homme qui avait tendance à boire trop d'alcool, et qu'ils n'ont alors plus laissé leurs enfants aller chez lui.

Lors de l'hospitalisation précédente Melle L avait exprimé l'idée d'avoir été violée bébé, et que des images auraient été diffusées sur des sites pédopornographiques.

Thème de persécution et de préjudice :

Melle L déclare avoir été repérée à 21 ans « par des scientologues ou la CIA », au moment d'un procès « du grand-père d'un ami », alors qu'elle faisait des recherches

sur la scientologie, l'alchimie, la franc-maçonnerie. Elle explique s'être rendue compte qu'elle avait été repérée lorsqu'elle a trouvé, lors d'une soirée, un papier dans sa poche sur lequel étaient notées des inscriptions que ni elle ni ses amis n'avaient écrites.

Elle affirme être poursuivie par Monsanto, « ceux de Monsanto ont voulu [la] tuer », pour avoir « fait trop de recherches sur eux » et « découvert des informations secrètes ». Elle ajoute que Monsanto serait allié aux laboratoires pharmaceutiques notamment Bayer, et qu'ils inventeraient des maladies, « par exemple la bipolarité ».

D'autre part le gouvernement français lui aurait volé ses différents travaux (dissertation de philosophie, travaux sur la plasticité cérébrale) sans lui payer les droits d'auteurs, alors qu'elle aurait dû percevoir « au moins 1 million d'euros ». Elle affirme que « Les gens corrompus se sont faits de l'argent sur [son] dos »

Lors de la précédente hospitalisation, elle exprimait l'idée d'être « harcelée par les paparazzi et qu' « on parle sur son dos », ce pour quoi elle ne sortait plus de chez elle.

Idées hypocondriaques :

Melle L déclare avoir fait un AVC en classe préparatoire, décrivant une hémiparésie et rapportant avoir « pleuré d'un seul œil ».

Thème ésotérique et mystique :

Elle serait morte et revenue à la vie plusieurs fois :

Elle serait morte étant bébé puis son père aurait posé la main sur elle et elle serait revenue à la vie ;

Elle aurait donc été tuée par la fille de son lycée précédemment citée, par étranglement, elle aurait alors eu l'impression de « tomber, tomber... dans un trou noir, ou un tunnel », puis « l'impression d'avoir parlé à Dieu, » qui lui aurait dit « de

revenir à la vie ». S'en serait suivi une période de repli sur elle-même, de dépression d'après ses termes.

Par ailleurs sa naissance serait le fruit d'une prophétie énoncée par Nelson Mandela. Mickael Jackson serait allé le voir, et Nelson Mandela lui aurait dit qu'il devait « faire un enfant avec trois parents » (« comme le faisaient les Egyptiens, ils avaient déjà la GPA »), pour donner naissance au « monarque qui gouverne le monde entier », en l'occurrence elle-même.

Elle exprime l'idée que « tout est relié », « les êtres, les plantes... » et que « plein d'histoires sont liées entre elles ».

- L'organisation de son délire :

Il s'agit d'un délire systématisé, en réseau. Il touche en effet de nombreux secteurs de sa vie, autant familial, que professionnel, et affectif.

- Les mécanismes :

Ils sont principalement interprétatifs, intuitifs, imaginatifs. On ne note plus de participation hallucinatoire notamment pas d'attitude d'écoute. Cependant le mécanisme hallucinatoire était présent au début du délire lors de la première puis 2^{ème} décompensation.

- Adhésion ou degré de conviction :

La patiente se présente comme étant indubitablement convaincue de la véracité de ses propos, disant ainsi avec intensité voir véhémence « C'est vrai ! Tout est vérifiable ! ». Elle peut concevoir, ou constater, que d'autres personnes ne partagent pas la même « réalité », la réalité externe partagée, disant « Ma réalité n'est pas celle des autres », ou encore « je vois des choses qui dépassent l'entendement humain ». Elle a eu également quelques rares et brefs moments de doute possible au cours des

entretiens, elle a pu reconnaître brièvement qu'elle supposait certaines choses. Elle a pu également reconnaître qu'elle utilisait des jeux de mots pour asseoir certains liens dans son raisonnement délirant, mais cela ne semblait pas la contrarier, car elle répondait dans une posture de maîtrise énigmatique « ce n'est que des jeux de mots ». Des remises en question trop directes de ses propos entraînaient une réaffirmation d'autant plus sthénique .

- Participation thymique :

Lors de la précédente hospitalisation était notée : une « note thymique maniaque franche » avec au début des coqs à l'âne, une fuite des idées, une sthénicité, quelques moments de désinhibition dans les propos (« elle affirmait devant sa mère avoir besoin de relations sexuelles »), et l'hypothèse d'un caractère saisonnier, mais l'humeur restait globalement neutre, avec des moments d'exaltation modérés .

Durant la dernière hospitalisation, on retrouvait également quelques moments d'exaltation de l'humeur qui restaient modérés, une thymie globalement neutre sans grande labilité mais de brefs moments d'hypersyntonie, surtout une sthénicité plus ou moins intense en lien avec le déni des troubles et l'opposition à l'hospitalisation, également lors des rencontres avec sa mère. On notait l'utilisation de jeux de mots non pas à caractère ludique mais pour justifier des liens venant alimenter son délire.

- Symptômes associés :

On ne retrouvait pas de troubles du sommeil, pas de troubles alimentaires, pas de troubles du comportement. On ne relevait pas de comportements d'auto ni hétéro-agressivité.

3) DISCUSSION DIAGNOSTIQUE :

Les mécanismes multiples et notamment hallucinatoires au début des troubles auraient pu orienter vers une schizophrénie paranoïde, cependant on ne retrouve pas de désorganisation, pas de discordance, et le délire est plutôt bien systématisé. On peut se demander si les hallucinations visuelles et auditives présentées par le passé n'étaient pas plutôt favorisées par la consommation de cannabis.

La systématisation en réseau et l'importance du mécanisme interprétatif pourraient orienter vers un délire d'interprétation paranoïaque. Mais le caractère peu crédible du délire, avec des éléments fantaisistes peu à même de pouvoir entraîner l'adhésion d'un tiers, serait plus en accord avec une paraphrénie.

Certains auteurs comme Maleval considèrent d'ailleurs la « paraphrénie systématisée » comme le stade ultime d'évolution d'un délire après une phase précédente de délire purement paranoïaque. De ce fait le diagnostic de paraphrénie se rencontre habituellement chez des patients plus âgés que Melle L.

D'autre part, certains éléments cliniques apparaissent plus en faveur d'un diagnostic de manie délirante, plus précisément dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques. On retrouve en effet des éléments thymiques maniaques associés au délire, et la notion d'un épisode dépressif dans les antécédents, bien que celui-ci n'ait pas été attesté par l'entourage. La prédominance de thèmes délirants mégalomaniaques, mais aussi de revendication et de persécution semble également cohérente avec ce diagnostic. Cependant, le tableau clinique ne correspond pas totalement à la description CIM 10 de la manie avec symptômes psychotiques, qui est la suivante : « Présence, associée au tableau clinique décrit en F30.1, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou

d'hallucinations (habituellement à type de voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement. » En particulier les capacités à communiquer de manière compréhensible sont conservées.

Le caractère saisonnier semble difficile à affirmer, les décompensations délirantes ayant lieu de plus en plus tôt dans l'année . Dans les intervalles libres, la pensée délirante semble rester présente mais contenue. Les proches rapportaient cependant une période de critique assez nette des idées délirantes après la deuxième décompensation, mais celles-ci sont revenues assez inchangées par la suite.

À l'issue de ma période de stage, le diagnostic n'était pas établi avec certitude. On peut évoquer comme diagnostic le plus probable un trouble bipolaire avec décompensations délirantes maniaques itératives. Un traitement thymorégulateur allait être introduit après échec de plusieurs lignes de traitements antipsychotiques atypiques (Rispéridone, Palipéridone, Olanzapine, Aripiprazole) .

4) ELEMENTS PSYCHOPATHOLOGIQUES MANIFESTES ET FONCTIONS DU DELIRE :

- Agonies primitives ou angoisses archaïques et fonction défensive du délire :

Melle L rapportait un vécu de chute sans fin, à la suite de l'épisode d' « étranglement » puis de « viol » par une autre élève de son lycée. Ce vécu correspond à l'une des formes d'agonies primitives décrit par Winnicott dans *La crainte de l'effondrement*. Les angoisses de chute sans fin ont également été rattachées à des angoisses primitives de perte de l' « objet-environnement », dans le cadre de l'entrée dans un processus

de différenciation et séparation (76). Le rapprochement fait par Melle L avec la crainte de perdre sa mère concorde avec des angoisses de perte d'un objet cette fois plus défini, dans ce même cadre du processus de différenciation-séparation.

On peut également penser que les épisodes dans la petite enfance de malaise à 9 mois ayant fait craindre une mort subite du nourrisson, et d'étouffement avec une bille à trois ans, ont pu constituer des expériences traumatiques d'agonies primitives ou bien qu'ils ont réactivé ce type de vécu.

Ces expériences semblent avoir été subjectivées dans le délire par l'idée d'avoir « parlé à Dieu » qui lui aurait dit de revenir à la vie au moment de son vécu de chute sans fin, ou encore avec l'idée d' « être morte et revenue à la vie plusieurs fois », alors que « les membres de sa famille pensaient qu'[elle] était morte ».

- Angoisses de perte d'appui, vécus hallucinatoires, et fonction de contenance, d'enveloppe du délire :

Les angoisses de chute donc de perte d'appui, d'arrimage, de contenance, et les hallucinations rapportées au début des troubles délirants, semblent trouver une contenance, une enveloppe qui les rassemblent en une organisation intégrée par la trame signifiante de son délire. Cette contenance est doublement renforcée par l'enveloppe de son « profil » facebook, qu'elle entretient en y affichant des publications relatives aux thèmes de son délire.

- Difficultés d'élaboration de la position dépressive et fonction de maintien d'un lien symbiotique à l'objet par le délire :

Par impossibilité d'intégrer la perte et l'ambivalence de l'objet total, le délire vient prendre une fonction de symbolisation et de maintien d'une relation avec l'objet idéalisé.

Notons d'abord quelques aspects symboliques de son délire concernant ses parents, en relevant certains points communs entre les « parents du délire » et les parents réels. En effet la mère réelle a plusieurs traits physiques de ressemblance avec Lady Di, et elle occupe des fonctions de représentation publique. D'autre part, elle précise qu'elle lit depuis longtemps et avec plaisir la presse « people » de princes et princesses.

On peut peut-être trouver un rapprochement entre le père « imaginaire », du délire, à savoir Mickael Jackson, et le père réel, en ce qui concerne le nom « Jackson ». En effet Melle L explique que son père réel n'a pas été élevé par son père à lui mais par son oncle maternel dont le prénom était Jacques. Melle L précise qu'elle considère cet oncle comme son grand-père, ce qui reviendrait peut-être pour elle à considérer que son père est « fils de Jacques » (Jack-son).

Par ailleurs, on remarque que tous ces parents imaginaires sont des personnes actuellement décédées, mais toujours très présents dans son délire (la patiente a même pu dire un jour qu'elle « parlait » avec sa mère biologique, en évoquant Lady Di). On pourrait alors envisager ces éléments du délire comme une manifestation d'une impossibilité d'intégrer la perte de l'objet, de le conserver dans ses qualités (points communs avec ses parents réels) et d'en garder la maîtrise.

Sa mère réelle tant détestée dans le présent, semble s'opposer à une mère adulée et « toute bonne » dans l'image de Lady Di. On peut faire le lien avec une impossibilité d'intégrer l'ambivalence de l'objet, l'objet « total », le délire semble venir maintenir un clivage entre une mère toute bonne et une mère toute mauvaise, comme pour préserver un lien avec l'objet idéalisé et s'épargner la souffrance de la séparation et la culpabilité.

Melle L avait pu évoquer brièvement avoir eu très peur de perdre sa mère lorsqu'elle avait été hospitalisée pour prise en charge de cancer, puis elle était rapidement revenue sur des idées délirantes répétitives.

D'autre part, l'idée de Melle L selon laquelle « tout est relié », aussi bien les êtres vivants que « les histoires », renvoie également à des difficultés d'intégration de la différenciation et de la séparation.

- Angoisses liées au processus de différenciation et de séparation, et fonction localisante du délire

L'idée de viol peut être mise en lien avec une angoisse d'intrusion dans le cadre du processus de différenciation-séparation. Les angoisses d'intrusion ont été décrites comme « le résultat d'un renversement actif/passif » de l'identification projective, c'est-à-dire que « le sujet peut être pénétré par l'objet de la même façon qu'il fantasme de le pénétrer et de le contrôler de l'intérieur » (76).

Il serait aussi possible de rattacher l'idée de viol à une angoisse de pénétration, considérée comme le pendant plus spécifiquement-mais non exclusivement-féminin de l'angoisse de castration, dans le cadre cette fois-ci d'angoisses liées à la différence des sexes (76).

On peut aussi faire l'hypothèse d'un renversement projectif d'un « je l'aime » en « elle m'aime », d'après les théories freudiennes.

On peut en tout cas raisonnablement penser que l'idée délirante de viol vient prendre une fonction de différenciation soi-autrui, fonction localisante et structurante ou reconstructrice permettant de reprendre corps à partir d'un rapport délirant.

- Blessures narcissiques et fonction de renforcement des assises narcissiques par le délire :

Melle L rapportait des vécus dégradants, attestés ou non par l'entourage dans une réalité externe partagée ou interne psychique (traumatisme humiliant à un arrêt de bus, période où son frère l'aurait battue, période où sa mère l'insultait..) qui ont pu constituer autant de blessures narcissiques. Par la mégalomanie, par l'idée d'être protégée et aimée par son père imaginaire et par des groupes internationaux, par ses idées érotomaniaques envers Emmanuel Macron, le délire semble venir combler une défaillance du Moi, un Moi dans lequel elle a pu se sentir altérée ou insuffisante.

Dans sa mégalomanie, Melle L semble revisiter une position de toute-puissance, comme si elle se considérait elle-même comme le phallus, et n'était pas subordonnée à la fonction phallique.

D'autre part, l'idée d'être recherchée ou repérée par des persécuteurs à travers le monde, la conforte dans l'idée qu'elle es une personne de la plus haute importance.

- Fonction de maîtrise de l'angoisse par la certitude délirante :

On note quelques oscillations entre des moments majoritaires de certitude, de conviction inébranlable et des moments de supposition possible (rares).

Elle semble percevoir la différence entre « sa réalité » et la réalité externe partagée, mais elle n'accepte pas que « sa réalité » soit remise en cause, disant « ma réalité n'est pas celle des autres » ou encore « je vois des choses qui dépassent l'entendement humain ». Se disant « très croyante », elle a pu évoquer par moments ses idées comme étant « ses croyances », ce qui pourrait évoquer la conservation d'une certaine capacité de réflexivité, ou plus simplement le souhait qu'on la laisse « croire » à ses idées délirantes. Elle semble conserver un certain regard extérieur ou

du moins une capacité à s'étonner de son propre délire, lorsqu'elle dit « si je vous disais tout vous ne me croiriez pas, un dossier comme ça c'est Star Wars ! ».

Il est toujours difficile de discerner sur certains points les éléments délirants de certains éléments vécus dans la réalité externe partagée.

Freud considérait que la certitude délirante émanait aussi des « morceaux de vérité historique » présents dans le délire, qu'il faudrait « débarrasser [...] de ses déformations et de ses appuis sur la réalité actuelle et le ramener au point du passé auquel il appartient »(77).

Il semble effectivement y avoir de nombreux « morceaux de vérité » dans son délire, si l'on en réfère à la réalité externe partagée par la mère et d'autres personnes, mais ces éléments semblent avoir été très déformés.

On peut relever par exemple l'idée qu'elle soit « morte et revenue à la vie plusieurs fois », qui pourrait référer à l'épisode vers neuf mois où elle aurait « frôlé une mort subite du nourrisson ». Elle peut dire aussi, mêlé à des propos délirants, « les membres de ma famille pensaient que j'étais morte ». L'idée d'avoir été tuée par étranglement pourrait aussi se rapporter en partie à l'épisode vers trois ans où elle a manqué de s'étouffer en ayant inhalé une bille. On peut d'ailleurs penser que ces événements réellement vécus à l'origine d'une élaboration délirante aient laissés des traces mnésiques non symbolisées d'agonies primitives.

Le discours délirant se caractérise par un mécanisme de répétition dans lequel les mêmes signifiants reviennent toujours, comme si la patiente considérait que c'est elle-même qui créait le langage et qu'elle refusait les signifiants de l'Autre, de l'Inconscient.

On note dans ses propos délirants une tentative de symboliser la vie, alors qu'il est théoriquement impossible de symboliser la vie pour soi-même, puisqu'on ne peut pas

connaître la mort. En effet la symbolisation d'un signifiant se fait par le repérage de la répétition d'une série « présence-absence-présence-absence-etc » de ce signifiant, avec l'intervention d'un tiers pour nommer ce signifiant. Mais dans le cas du signifiant « vie », on ne peut pas expérimenter pour soi-même la présence puis l'absence de vie. Or la patiente dit qu'elle est « morte et revenue à la vie plusieurs fois », contournant ainsi dans l'imaginaire cette impossibilité, et se donnant l'illusion d'un contrôle total de la vie et de la mort.

- Impensés traumatiques, interdit de penser et fonction identifiante du délire par symbolisation secondaire :

On note une quête des origines chez Melle L, qui dit avoir cherché à faire un arbre généalogique il y a 3 ans, à la suite de quoi elle rapporte que « tout est parti en cacahuètes », sans pouvoir développer davantage cette idée. Elle explique avoir demandé cet arbre généalogique car elle « voulait savoir d'où ça venait », sans pouvoir préciser ce qu'elle voulait dire par « ça ». Elle s'interroge aussi sur l'origine de l'humanité. D'après elle, « le berceau de l'humanité est en Ethiopie et pas en Israël ». Par son délire de filiation, elle énonce une théorie délirante sur sa naissance, qui peut être relié à la notion de pensée délirante primaire développée par Piera Aulagnier.

En effet on retrouve beaucoup d'éléments cliniques laissant entrevoir un « interdit de pensée », qui a pu favoriser l'émergence d'une « pensée délirante primaire » pour combler « un fragment manquant dans le discours de l'Autre »(54) dont la mère en tant que « porte-parole » se fait la représentante. P.Aulagnier « en créant du sens là où [...] le discours de l'Autre l'a confronté à un énoncé a-sensé ou manquant »(54)

On retrouve des éléments pouvant évoquer un interdit de pensée, notamment certains propos adressés à sa mère comme « Tu m'as bien mis dans la m... avec tes mensonges ! », ou adressés au psychiatre : « je ne peux pas vous le dire, c'est un gros secret d'état ! Vous ne sauriez pas comment réagir ! », ou encore le fait qu'elle dise travailler avec des agents secrets pour « résoudre des enquêtes impossibles ».

On note que dans le discours de la mère, beaucoup d'éléments de l'histoire personnelle semble être restés assez flous et encore difficilement verbalisables de manière précise. Dans son délire, Melle L semble se mettre dans une position d'enquêtrice, et nous confronte nous aussi à une énigme. Comme le souligne Vincent Di Rocco, «le patient confronte le thérapeute à ce qu'il n'a pas pu symboliser, ce qu'il n'a pas pu s'approprier subjectivement »(16).

Il était intéressant de noter que la mère avait choisi pour sa fille le même prénom que celui d'un personnage d'enquêtrice dont elle lisait les histoires étant petite.

On retrouve également des éléments évocateurs d'une déliaison affect-représentation : un épisode dépressif qui ne semble pas avoir été noté par la mère ni personne, une mère apparaissant froide, distante et peu encline à mettre des mots sur les émotions, à identifier celles de sa fille, et qui semble mettre en doute les ressentis de sa fille

On peut établir un lien entre l'ambiance de conflit parental durable avec enfants pris à parti dans le conflit, sans respect de l'espace de différenciation des générations, et l'impossibilité d'élaborer un fantasme sur la scène primitive puisque l'enfant s'y trouverait directement inclus par le père notamment. Le conflit conjugal peut en effet parfois devenir source de jouissance, équivalent d'une relation sexuelle, puis représentation (pas de l'ordre du fantasme mais de la quasi-certitude) d'une scène « asexuée » avec trois partenaires.

- Repli, traits phobiques, et fonction de reconquête d'un rapport objectal par re-construction d'une néo-réalité plus vivable, et constitution d'une forme de jouissance possible pour le sujet :

Melle rapporte au début de ses troubles une période de « repli sur elle-même », puis d'agoraphobie, qui aurait précédé l'émergence des idées délirantes.

Ce délire, qui lui confère à la fois un statut illustre, un travail très prenant (djouer des complots terroristes, se former pour accomplir la mission pour laquelle elle a été élue à savoir « établir le nouvel ordre mondial ») mais a déjà des connaissances sans avoir eu besoin d'apprendre (pas besoin de faire des études), une relation amoureuse... a le bénéfice secondaire de rendre tout engagement et toute confrontation à la vie « réelle » superflus, et lui évite de ressentir toute angoisse que pourrait susciter l'entrée dans la vie « réelle ».

On relève en particulier l'idée délirante selon laquelle « elle est la personne la plus protégée du monde ».

Le délire semble alors devenir une forme de jouissance possible trouvée par Melle L, comme investissement d'une « tension » l'orientant dans l'existence.

La question de savoir si ce délire constituait une souffrance pour elle se posait, sans trouver de réponse évidente. En apparence elle ne manifestait aucune demande de soins ni souffrance autre que celle d'être hospitalisée contre son gré, mais on pouvait percevoir sa colère et sa déception concernant la relation à ses parents ou à son frère, et le besoin de trouver des « alliés » voire des figures d'identification ou d'aliénation dans ses interlocuteurs, contre d'autres interlocuteurs qui seraient « mauvais ».

- Démenti d'un idéal familial et fonction de restauration d'une image parentale :

En effet, il semblerait d'après les éléments biographiques rapportés, que le père « réel » ait été assez « dégradé » (procès contre lui, probables dépressions, apparaît disqualifié par la mère...). On peut constater que le « père imaginaire » choisi par la patiente, Mickael Jackson, est également une personnalité sur laquelle les médias ont pu dire beaucoup de mal, et que la patiente dans son délire cherche à remettre sur un piédestal, comme elle chercherait à réparer ou réhabiliter son père, ou l'image d'un père. Ainsi elle explique que Mickael Jackson serait en fait un « roi d'Arabie Saoudite en exil », il serait « né à la Mecque » et aurait « des ascendants arabe et égyptien ». On peut se demander aussi, dans ce contexte familial dans lequel se font sentir des non-dits ou des éléments de l'histoire familiale mal élaborés, quelle place vient prendre Melle L par son délire, en endossant le rôle de « patient désigné », dans quelle mesure elle viendrait exprimer des secrets familiaux sous forme encryptée tout en s'auto-disqualifiant et donc en maintenant une loyauté familiale, par son statut de patiente délirante. Le délire pourrait alors être considéré comme une forme de compromis.

Nous avons proposé ici une lecture psychopathologique des éléments délirants, qui n'a pu être faite qu'a posteriori, à l'appui des recherches effectuées. Il s'agit là d'hypothèses, qui ne seraient pas proposées sous forme d'interprétation imposée et « sauvage », mais qu'il semble intéressant de pouvoir élaborer, d'avoir en tête et de pouvoir éventuellement interroger, afin de permettre au sujet de retrouver un sens plus en lien avec son histoire biographique et intergénérationnelle, mais aussi en lien avec son présent immédiat comme tentative de maintien de soi.

Cette ouverture à des possibilités de mise en sens, en lien avec l'histoire relationnelle et le vécu actuel du sujet, peut permettre de renouer avec le discours délirant de manière plus partagée, de créer les possibilités d'une rencontre, d'un espace inscrit dans une temporalité régulière pour une prise en charge de type psychothérapeutique, complémentaire à la prise en charge médicamenteuse et institutionnelle.

Nous allons ainsi aborder, en dernière partie, l'intérêt de cette approche du sujet délirant pour mettre en place un travail psychothérapeutique.

5. INTERET DE CES QUESTIONNEMENTS EN PRATIQUE CLINIQUE

Comment cette mise en évidence des fonctions psychiques du délire peut-elle nous aider à accompagner un patient dans un travail psychothérapeutique, en parallèle du traitement médicamenteux, pour l'aider à élaborer progressivement un nouvel équilibre psychique lui permettant de se passer du recours à la « solution délirante », et de pouvoir réinvestir la « réalité partagée » et les relations sociales ?

Comment prendre en compte les fragilités et failles révélées par la nécessité d'avoir eu recours à ce délire, à défaut d'avoir pu faire autrement ? Comment pouvoir interroger ce symptôme, le resituer dans son historicité, et entrouvrir avec le patient un accès à de nouvelles élaborations, une réouverture à l'Inconscient et à la possibilité de se reconnaître sujet ?

Pour entrevoir quelques éléments de réponse à ces questions, nous allons, dans cette dernière partie, prendre connaissance de différents abords psychothérapeutiques possibles dans le travail avec les patients délirants, d'après différents psychanalystes s'étant particulièrement penchés sur cette question.

Comme évoqué précédemment, Freud considérait déjà, dans *Constructions dans l'analyse*, qu'il ne sert à rien de s'opposer au discours délirant, mais que le travail psychothérapeutique devrait s'attacher à « débarrasser le morceau de vérité historique de ses déformations et de ses appuis sur la réalité actuelle et le ramener au point du passé auquel il appartient » ». (77)

Ferenczi puis Winnicott ont par la suite particulièrement développé l'importance dans le processus psychothérapeutique de la prise en compte du contre-transfert, en particulier chez les patients psychotiques.

Pour Winnicott, il se produit une régression narcissique du patient dans la cure, au cours de laquelle l'analyste se trouve mis en position de « mère suffisamment bonne » pour permettre le « dégel » de situations précoces d'échec de l'environnement, et créer des conditions d'environnement plus favorables à la constitution d'un self authentique(78). Fromm-Reichmann et Searles ont insisté sur l'importance de la gratification que constitue « la permanence et la disponibilité de la personne du thérapeute, dans son intégrité sécurisante, dans l'honnêteté de son attitude » (79).

En particulier Harold Searles a grandement contribué à la perception et à la gestion du contre-transfert chez les psychothérapeutes. Il remarque que le thérapeute rencontre une importante « résistance interne à aider le patient à sortir de la relation symbiotique patient-parent reconstituée dans le transfert »(64) en raison des gratifications précieuses mais difficilement reconnues qu'offre ce type de relation, notamment en termes d'éventuels « besoins de dépendance [...] et fantasmes de toute-puissance » propres à l'analyste (20), importants à reconnaître. Pour autant, ce qu'il y a de thérapeutique d'après Searles, ce n'est pas d'éviter le développement de cette dépendance symbiotique à l'égard du patient, mais plutôt de l'accepter, acceptation que la figure maternelle n'aurait pas pu offrir à son enfant. (64,79)

Paul Federn, puis à sa suite d'autres psychanalystes comme Ralph Greenson ou Elizabeth Zetzel, ont considéré que la psychothérapie des sujets psychotiques devaient avant tout se concentrer sur le fait d'aider le patient à reconstruire les limites ou les frontières de son Moi (79). Federn, considère ainsi qu'il est préférable, envers les patients psychotiques, de ne pas utiliser les techniques de l'association libre et de

l'analyse du transfert, mais plutôt de fournir au patient des explications, des clefs de compréhension sur son fonctionnement psychique. Il souligne en effet que « dans les névroses, nous voulons libérer le refoulement ; dans les psychoses, nous voulons créer le re-refoulement. » (80)

Différentes attitudes thérapeutiques se distinguent également dans l'accent mis sur l'analyse plutôt du passé ou du présent.

Certains psychothérapeutes comme Jacob Arlow, Silvano Arieti mais aussi Federn,, considèrent que « l'analyse du passé, des résistances contre les souvenirs négatifs, est essentielle pour une reconstruction de l'identité historique » (79)

Dans certains cas de premier épisode délirant chez un adolescent, Romano Scandariato insiste sur l'intérêt de travailler avec l'adolescent et sa famille, pour recontextualiser le délire dans son lien avec l'histoire familiale, analyser les représentations autour d'un « secret de famille ». Il montre qu'un retour progressif sur le vécu réel de l'évènement traumatique avec la famille d'une part, et un travail de réappropriation des questionnements sous-jacents au contenu délirant d'autre part, peuvent s'avérer thérapeutiques.

D'autres psychothérapeutes pensent qu'il faut axer le travail sur le présent de l'expérience transférentielle. Ainsi Antonio Nastasi explique que « la rencontre transférentielle n'est pas la construction d'un récit, elle est ce qui va ouvrir une possible origine. Le sentiment d'existence qui peut naître et s'affiner ici est une histoire qui se construit au présent du transfert » Il rejoint en ce sens le point de vue de Liliane Abensour, qui estime que « seule la rencontre transférentielle avec l'analyste, qu'elle ait lieu dans une psychothérapie psychanalytique ou un psychodrame, peut apporter un jeu suffisant, créer une relation qui fonctionne comme situation fondatrice à la fois originale et originelle, où la construction d'une nouvelle histoire, à deux ou à plusieurs,

prime sur l'interprétation de leur histoire passée »(78). Alain Gibeault souligne lui aussi l'intérêt du psychodrame pour aider les patients psychotiques à retrouver des capacités de symbolisation, à créer un espace analogue aux rêves et aux fantasmes, qui sont souvent court-circuités par le délire (81).

Il partage les considérations de Racamier et de Winnicott sur l'enjeu de la rencontre présente avec le patient pour recréer un espace transitionnel. Racamier l'explique en ces termes : « Si l'on arrive à établir ou à rétablir avec le patient un îlot de réalité transitionnelle, un espace partagé, et à l'investir, à l'irriguer, à le peupler un peu, et à le revitaliser, alors on peut être certain que tout ce terrain gagné le sera sur les terres à délire. Croire que la réalité factuelle soit à elle seule capable de l'emporter sur la réalité délirante est une illusion de concierge. Seule la troisième réalité est à même de faire pièce à la quatrième. La réalité qu'on invoque si souvent comme panacée n'est pas un remède au délire. Le meilleur remède serait plutôt (dans le sens où l'entend Winnicott) le jeu... » (82)

Pour René Roussillon et Vincent Di Rocco, l'enjeu de la psychothérapie avec le sujet délirant est de lui permettre de se rencontrer lui-même, en accompagnant « la transformation des formes premières de représentation en pensées » et en lui permettant également de se « représenter l'absence de représentation »(68). Il s'agit donc de favoriser « une appropriation subjective des troubles de la symbolisation » et de la « confrontation à l'irreprésentable » (14).

Mélanie Klein et ses continuateurs en particulier Rosenfield et Bion, se sont accordés sur l'importance de l'interprétation. Hana Segal souligne que « le fait que la structure [mentale] soit intimement liée au fantasme inconscient est très important : c'est ce qui permet à l'analyse d'influencer la structure du moi et celle du surmoi. C'est en analysant les rapports du moi avec les objets, internes et externes, et en altérant les

fantasmes touchant ces objets que nous pouvons matériellement influencer sur les structures plus stables du moi. » (38) L'idée est aussi de faire alliance avec « la partie saine de la personnalité » du patient. Il s'agit pour le courant kleinien et post-kleinien d'accroître l'introspection du patient, d'attirer son attention sur ce qui se passe en lui, notamment sur ses mécanismes d'identification projective, pour lui faire prendre conscience de sa réalité psychique.

Pour Franco De Masi « 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 façon 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. »(7)

Il s'agit alors pour Franco De Masi de permettre au patient de différencier « ce qui est utile pour son développement mental et ce qui produit de l'excitation mais devient dangereux et pathologique »(7), afin que le sujet délirant psychotique puisse reconnaître et contenir « ce potentiel pathogénique »(7).

Gaetano Benedetti estime que « la positivation de l'expérience psychotique, l'effort constant du thérapeute pour corriger les émotions négatives du patient à partir de ses propres associations libres psychosynthétiques, son aptitude à utiliser ses propres fantasmes constructifs pour redresser systématiquement les catastrophes intérieures continues des malades » constituent les axes centraux du travail psychothérapeutique(79).

Flémal et ses collaborateurs ont montré que c'est lorsque les thérapeutes parviennent à recréer et endosser certaines fonctions psychiques que recouvraient le délire du patient dans l'espace de la rencontre transférentielle, que le délire peut progressivement perdre de sa nécessité pour le patient. (72).

Il ne s'agit ici que d'un aperçu qui peut nous donner quelques points de repères et de questionnements quant à l'abord psychothérapeutique d'un sujet délirant, pour une pratique qui reste toujours à réinventer au contact de la clinique.

L'intérêt de se poser la question des fonctions psychiques recouvertes par le délire chez un patient n'est bien évidemment pas de définir des guidelines univoques de prise en charge, mais de pouvoir axer le travail psychothérapeutique sur les aspects fonctionnels du délire majoritairement identifiés chez chaque patient.

Par exemple, selon chaque sujet délirant, la psychothérapie pourrait s'orienter plus particulièrement sur une contenance et une relance de l'activité de symbolisation, notamment en appui sur du psychodrame individuel, ou encore sur une relecture historicisante des éléments délirants, éventuellement avec la famille notamment lorsque l'on perçoit un climat de non-dits ou d'évènements mal élaborés. Il peut être plus opportun de s'orienter sur une prise en considération des événements vécus dans leurs aspects relationnels et dans le cadre du développement psycho-affectif, ou sur une mise en perspective avec des éléments actuels.

L'idée serait alors, en appui sur cette lecture pluridimensionnelle des différentes fonctions du délire, de mettre en place pour chaque patient délirant une prise en charge psychothérapeutique ajustée, de type « costume thérapeutique sur mesure » comme l'a développé le Professeur Delion (83).

CONCLUSION

À travers cette approche des formations délirantes, nous avons souhaité resituer le fait délirant au-delà de sa dimension pathologique et d'écart à la norme sociale, en tant que production nécessaire et signifiante dans la dynamique et l'économie psychique du sujet. Nous avons mis en évidence de nombreuses fonctions du délire, comme processus défensif complexe visant une réintégration du Moi, une reconquête d'un rapport objectal et une quête subjective. Il ne s'agissait pas tant d'élaborer une « systématisation » des fonctions du délire, qui peuvent toujours faire l'objet de discussions ou remaniements, mais d'abord d'attirer l'attention sur « le travail du délire ». Quelle que soit l'étiologie à l'origine du délire, il vient manifester un effort vers une quête de subjectivité et d'intégration qui a pu être entravée dans son développement ou de manière aigüe au décours de la vie par de multiples facteurs endogènes ou exogènes aussi bien traumatiques, interactionnels, transgénérationnels que biologiques ou toxiques. Cette compréhension du fait délirant nous semble importante pour nous orienter dans l'élaboration d'un espace de rencontre et de psychothérapie possible avec le sujet délirant, complémentaire à sa prise en charge médicamenteuse et institutionnelle.

L'apport psychodynamique proposé renvoie dans ce travail à une description phénoménologique sensible et relationnelle du fait délirant, et par là procède à une mise en sens. Cette mise en sens revêt un caractère de mise en sens partagé, permettant de relier le vécu « en dehors du rail » avec la question d'une compréhension possible de l'individu délirant. Mettre du sens sur le phénomène pathologique est déjà un travail de remise en lien intersubjectif. Une des particularités

de ce fait est peut-être de devoir parfois proposer cette mise en sens de manière active et pro active, tout en se gardant du risque d'interprétation sauvage. La prise en soin dans un registre pluridimensionnel permet ainsi de garantir une juste place non totalitaire vis-à-vis du patient mais plutôt d'ouvrir des pistes de compréhension possibles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Racamier PC. Délire d'adulte, délire d'enfant : hier et aujourd'hui. *Neuropsychiatr Enfance*. 1989;(37):86-92.
2. Racamier P-C. De la dépossession du moi à la possession délirante ou : à la recherche du nouveau monde. *Cah Cent Psychanal Psychothérapie*. 1987;La solution délirante I(14):29-50.
3. Barthélémy S, Bilheran A, Pedinielli J-L. *Le délire*. Paris: Colin; 2007.
4. Brémaud N. Un historique des définitions du délire psychotique. *L'Évolution Psychiatr*. avr 2014;79(2):181-206.
5. Leuret F. *Fragmens psychologiques sur la folie*. Paris: Crochard; 1834.
6. Freud S, Robert F. *L'interprétation du rêve (1900)*. Paris: PUF; 2012.
7. De Masi F. Délire et vision bi-oculaire. *L'Année Psychanal Int*. 2016;2016(1):15.
8. Maleval J-C. *Logique du délire*. Presses Universitaires de Rennes. 2011. (Clinique Psychanalytique et Psychopathologie).
9. Rubin G. Croyance et réalisation hallucinatoire du désir. *Rev Fr Psychanal*. 1997;LXI, 3(Croyances):919-26.
10. Litinetskaia M, Guelfi JD. Fanatisme et délire : les frontières psychiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2015;173(7):618-22.
11. di Rocco V, Ravit M. Une croyance devenue folle. *Nouv Rev Psychosociologie*. 2013;16(2):87.
12. Quilichini S, Rivet B, Paulin P. Syndromes et maladies psychiatriques à nom propre. *Perspect Psy*. oct 2005;44(4):311-23.
13. Tribolet S, Shahidi M. *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris: Heures de France; 2014.
14. Pirlot G, Cupa D. *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. 2017.
15. Brusset B. L'hypocondrie : thématique ou organisation spécifique ? *Rev Fr Psychosom*. 2002;22(2):45.
16. Rocco VD. La représentation qui rend fou... *Psychopathologie du processus représentatif dans les états psychotiques*. *Clin Méditerranéennes*. 11 avr 2017;(95):167-78.
17. Jadin J-M. *Trois délires chroniques*. Toulouse; Strasbourg: Érès ; Arcanes; 2011.
18. Kapsambelis V, Laugier F. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris: Puf; 2012.
19. Azorin J-M, Kaladjian A, Fakra E. Les psychoses brèves. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2004;162(4):247-54.

20. de Mijolla A. Dictionnaire international de la psychanalyse. Nouvelle édition mise à jour. Concepts, notions, biographies, oeuvres, évènements, institutions. Paris: Hachette Pluriel Editions; 2013.
21. Guyotat J. Traumatisme et lien de filiation. Dialogue. 2005;168(2):15.
22. Debray Q. Le délire des ingénieurs: Patrice Delbourg. L'Homme aux lacets défaits, roman, 204 pages Le Cherche Midi, 2010 Jean Echenoz. Des éclairs, roman, 175 pages Éditions de Minuit, 2010. PSN. févr 2011;9(1):55-7.
23. Brisset J-P, Foucault M. La grande nouvelle: la véritable création de l'homme : la résurrection de l'homme, tous les mystères expliqués. 1900.
24. Racamier PC. Le génie des origines: psychanalyse et psychoses. Paris: Editions Payot; 1992. 420 p. (Bibliothèque scientifique Payot).
25. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 1960 [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10537419>
26. Clément J-P. Psychiatrie de la personne âgée. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2010.
27. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10. 1, 1,. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2009.
28. Kraepelin E. Introduction à la psychiatrie clinique (1905). S.l.: Hachette Livre Bnf; 2013.
29. Freud S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (1911). In: Cinq psychanalyses. PUF. Paris; 1967.
30. Freud S. Manuscrit H - Paranoïa. In: La naissance de la psychanalyse. Puf. Paris; 1895. p. 98-102.
31. Freud S, Laplanche J. Névrose, psychose et perversion (1894 à 1924). Paris: Presses Universitaires de France; 2005.
32. Marty N. Libre (avec un gri-gri dans la poche). Empan. 2005;58(2):79.
33. Winnicott DW, Gribinski M, Kalmanovitch J. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Paris: Gallimard; 2013.
34. Klein M. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes (1946). In: Développements de la psychanalyse. 1980. p. 274-300. (PUF).
35. Klein M, Smirhoff V. Envie et gratitude et autres essais (1957). Paris: Gallimard; 1996. 230 p. (Collection Tel).
36. Hinshelwood RD. Dictionnaire de la pensée Kleinienne. Presses Universitaires de France. 2000. (Bibliothèque de psychanalyse).
37. Klein M, Jones E, Derrida M, Abraham N, Torok M. Essais de psychanalyse: (1921-1945). Paris: Payot; 1989.
38. Segal H. Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein. Presses Universitaires de France. 1969. (Bibliothèque de psychanalyse).

39. Ciccone A. La transmission psychique inconsciente: identification projective et fantasme de transmission. Dunod; 2012.
40. Freud S, Sandler J, éditeurs. Analyse avec fin et analyse sans fin (1937). Paris: Bayard; 1994. 230 p. (Freud aujourd'hui).
41. Grinberg L, Sor D, Tabak de Bianchedi E. Introduction aux idées psychanalytiques de Bion. Paris : New York: Dunod ; distributed in the USA by S.M.P.F. Corp; 1976. 184 p. (Psychismes).
42. Meltzer D. "Un approccio psicoanalitico alla psicosi [A psychoanalytic approach to psychosis]. Quad Psicoter Infant 2". 1979;(Le psicosi):31-50.
43. Chemama R, Vandermersch B, éditeurs. Dictionnaire de la psychanalyse. Paris: Larousse; 2009. 602 p. (In extenso).
44. De Waelhens A. La psychose, essai d'interprétation analytique et existentielle. Nauwelaerts. Louvain; 1972. (PATHEI MATHOS).
45. Soler C. L'inconscient à ciel ouvert de la psychose. Toulouse: Presses universitaires du Mirail; 2008.
46. Lacan J. D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. La psychanalyse. 1958;(4, Les Psychoses):1-50.
47. Lacan J, Miller J-A. Le séminaire de Jacques Lacan. Paris: Seuil; 1973. 1 p. (Le Champ freudien; vol. livre 3 Les Psychoses).
48. Brémaud N. Note sur la certitude psychotique selon J. Lacan. Inf Psychiatr. 28 nov 2014;me 90(9):773-6.
49. Blackburn M-C. Trois nouvelles délirantes, écrire le signifiant manquant de la psychose [Mémoire de maîtrise en études littéraires]. [Chicoutimi]: Université du Québec; 2002.
50. Soler C. Le sujet psychotique dans la psychanalyse. In: Psychose et création : actualité de l'Ecole anglaise : Actes du Colloque de la Pitié-Salpêtrière. GRAPP. Paris; 1990.
51. Garouste G, Perrignon J. L'intranquille: autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou. Nouv. éd. Paris: Iconoclaste; 2011. 161 p.
52. Lasègue C. Le délire de persécution (1852). In: Ecrits psychiatriques. Privat. 1971. p. 33.
53. Regis E. Précis de psychiatrie. O.Doin. 1906.
54. Aulagnier P. La violence de l'interprétation: du pictogramme à l'énoncé. Paris: Presses universitaires de France; 1975.
55. Mijolla-Mellor S de. Penser la psychose une lecture de l'oeuvre de Piera Aulagnier. Paris: Dunod; 1999.
56. Aulagnier P. Les destins du plaisir: aliénation, amour, passion. Paris: Presses universitaires de France; 1979.

57. Rabeyron T, Veuillet-Combiere C, Chouvier B. Les fantômes d'un deuil impossible: Transmission d'un deuil pathologique entre une mère et son fils. *Psychothérapies*. 2016;36(1):13.
58. Abraham N, Torok M. *L'écorce et le noyau*. Paris: Flammarion; 2012.
59. Eiguer A. L'identification à l'objet transgénérationnel. *J Psychanal Infant*. 1991;(10):93-109.
60. Turdeanu L. Lucie et sa famille : une étude psychopathologique de l'effet fantôme chez deux cousins germains issus de sœurs jumelles. *L'Évolution Psychiatr* [Internet]. janv 2018 [cité 8 juin 2018]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001438551730141X>
61. Ciccone A. Transmission psychique et fantasme de transmission. La parentalité à l'épreuve. *Cah Psychol Clin*. 2014;43(2):59.
62. Guyotat J. Transmission. Filiation. *Rech En Psychanal*. 2005;3(1):115.
63. Scandariato R. Secrets de famille, folie de l'adolescent. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2004;33(2):131.
64. Searles H. *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris: Gallimard; 2010.
65. Chagnon J-Y, Hochmann J. 45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique. 2012.
66. Roussillon R. *Agonie, clivage et symbolisation*. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 1999. 245 p. (Le fait psychanalytique).
67. Flemal S. Quelle définition du délire dans la psychose? Pour une approche fonctionnelle du processus délirant. nov 2013;171(9).
68. Roussillon R. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 1991. 258 p. (Le Fait psychanalytique).
69. Gimenez G. *Clinique de l'hallucination psychotique*. Paris: Dunod.; 2000.
70. Kapsambelis V. Les fonctionnements psychotiques : une psychopathologie psychanalytique, Abstract, Resumen. *Psychol Clin Proj*. (13):9-33.
71. Oury J. *Création et schizophrénie*. Paris: Editions Galilée; 1989. 211 p. (Collection Débats).
72. Flémal S, Chouvier B, Lefèbvre A. La fonction cicatrisante du délire dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatr*. juill 2010;75(3):395-407.
73. Chaillet-Ballif E. L'apport des techniques projectives à la compréhension psychodynamique des accès délirants chez des adolescents et jeunes adultes, Abstract, Resumen. *Psychol Clin Proj*. (13):211-67.
74. Benedetti G, Faugeras P, Benedetti G. *L'expérience de la psychose*. Ramonville Saint-Agne: Eres; 2003.
75. Minjard R. *L'éveil du coma*. Dunod; 2016.
76. Roussillon R, Chabert C, Ferrant, Alain, Ciccone A. *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2012.

77. Freud S. Résultats, idées, problèmes. 2, 2,. Paris: Presses Universitaires de France; 2005.
78. Abensour L. La tentation psychotique. Paris: Presses universitaires de France; 2008.
79. Benedetti G, Faugeras D, Faugeras P. Séminaires cliniques sur la schizophrénie. Toulouse: Érès; 2014.
80. Federn P. La psychologie du moi et les psychoses. Paris: Presses Universitaires de France; 1979.
81. Gibeault A. Matinée d'études Théories et cliniques psychanalytiques des psychoses,. ASM 13, Paris: Ithaqesmedia; 2011. (Les Editions d'Ithaque).
82. Racamier P-C. Un espace pour délirer. Rev Fr Psychanal. 2000;64(3):823.
83. Delion P, Coupechoux P. Mon combat pour une psychiatrie humaine. Paris: Albin Michel; 2016.

AUTEUR : Nom : BASTARD

Prénom : Sophie

Date de Soutenance : 2 juillet 2018

Titre de la Thèse : Le délire a-t-il une fonction psychique ? Une approche psychodynamique des productions délirante

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : DES Psychiatrie

Mots-clés : délire, transnosographique, psychanalyse, fonctions psychiques, subjectivité, psychothérapie

Résumé : Au-delà de sa dimension d'écart à la norme ou de « sortie du sillon », comme indiqué par son étymologie, le délire apparaît comme un symptôme transnosographique, dont l'enjeu pour le sujet délirant semble relever de la survie psychique. Dans la lignée de Freud qui évoquait une tentative de guérison par le délire, nous proposons une étude des fonctions psychiques recouvertes par le délire, au travers des apports des principaux courants psychanalytiques. Cette approche du phénomène délirant, complémentaire aux prises en charge institutionnelles et médicamenteuses, permet d'ouvrir une remise en lien intersubjectif dans le cadre d'un travail psychothérapeutique visant à accompagner le patient dans l'élaboration d'un nouvel équilibre psychique, lui permettant de se passer du recours à la « solution délirante » et de pouvoir réinvestir la réalité externe partagée.

Composition du Jury :

Président : Professeur Thomas

Asseseurs : Professeur Cottencin

Professeur Jardri

Directeur de thèse : Docteur Medjkane