



Comprendre les psychoses : Les délires.
**LE FONCTIONNEMENT
PSYCHIQUE DU DELIRANT**
ou la conviction dissidente
(Résumé)

>> vers le [texte intégral](#) paru dans le N° 206 (Juin 2004) de la revue [Synapse](#);

[le circuit de parole](#)
[un discours intelligent](#)
[mais non intelligible](#)
[où la folie se sert fort bien de la raison](#)
[une psychoplasticité absolue](#)
[mais une attitude psychique inébranlable](#)
[la contrainte de la fausseté](#)
Témoignage

c'est une bien étrange énigme que la folie se serve aussi bien de la raison

le circuit de parole

Dans la vie de tous les jours, l'échange de paroles entre deux ou plusieurs personnes tire son efficacité du fait que chacune d'elles puise ses arguments dans un lot de "représentations préfabriquées", convenues et convenables. Des "objets mentaux" de base apparaissent dans le discours et le constituent. Ils sont nécessairement **identiques chez tous** et, évidemment, communs aux interlocuteurs en présence. Sans cela, aucune conversation ne serait possible entre les personnes.

Le fait de penser dans un choix de possibilités déjà élaborées préexiste à l'acte de parole.

La parole du sujet parlant est alors reconnue par son interlocuteur qui en est le destinataire. En retour, ne sont reconnues pour valides que les pensées qui désignent des objets, des idées ou des sentiments, ayant cours dans la culture considérée.

un discours intelligent

Des énoncés tels que : "*il y a des feuilles mortes dans la cour*", ou : "*ils l'ont emmené chez Ponce Pilate*" ne suffisent pas, d'eux-mêmes, à affirmer la vérité d'un événement. Il est nécessaire que l'opinion commune (le collectif communautaire) garantisse "*la vraisemblance des propositions énoncées*".

Dans le premier cas, les interlocuteurs sont supposées connaître les conséquences de l'automne et l'existence de la cour, dans le deuxième cas ils sont supposés connaître les Evangiles. Si la **connaissance collective** est en défaut, le sens laisse place à une rupture qui fonde soit l'erreur, soit la psychose.

A partir de là, le diagnostic de vérité ou de délire sera établi sur l'examen de la vraisemblance des propos, du moins le pensera-t-on au premier abord.

mais non intelligible

En fait, nous allons le voir, la distinction repose sur **une certaine attitude psychique de la personne** qui avance ces propos, plus que sur une idée particulière, si invraisemblable fut-elle. Car une idée, une conviction hors du commun, ne suffisent pas à faire la folie et cela n'a pas manqué d'interpeller les auteurs. **Freud** devant la concordance entre sa théorie et le délire du **Président Schreber**, pose la question de la validité de ses conceptions, laissant à l'avenir de décider "*si la théorie contient plus de folie..., ou la folie plus de vérité.*"

"*Ils ont amené mon Fils chez Ponce Pilate*" , nous confie un patient, qui ajoute : "*Je crains que ça n'annonce rien de bon*". Tel autre se sent épié, surveillé pour des motifs politiques : "*J'ai repris la route ., de nouveau on m'a suivi... et le soir au bas de l'immeuble, il y avait des personnes...*". Ces malades utilisent des notions du domaine commun. Ils ne parlent pas une langue étrangère, mais chaque exemple témoigne d'une **rupture** entre leur énoncé **et les connaissances partagées** auxquelles ils prétendent référer.

Dans le premier cas, s'il n'y a pas blasphème, il y a délire. Dans le deuxième cas, le patient lui-même admettait l'événement comme non crédible, et propre "*à faire passer pour fou*" le petit artisan de montagne qu'il était (et que personne ne menaçait).

Cette rupture n'est pas un acte volontaire de la part du patient sans quoi il ne serait pas un malade, mais un plaisantin, un mystificateur ou parfois un poète.

où la folie se sert fort bien de la raison

Mais on ne peut ici que vérifier l'invraisemblance d'un discours dont la construction, le lexique et la syntaxe sont corrects et où les idées sont agencées dans une construction ordonnée : **c'est une bien étrange énigme que la folie se serve aussi bien de la raison.**

Une seule certitude, avec le psychotique l'acte de parole aboutit au contraire de sa finalité première : **l'incompréhension**. Comment admettre que ce patient était le Père de Jésus, sauf à basculer avec lui dans la folie ? Comment admettre que ce pacifique artisan trafiquait avec des truands ?

Chacun peut se tromper, mais le fait caractéristique du délire réside avec évidence non pas dans l'idée en elle-même, mais dans **l'irréductibilité de l'écart avec le réel**. Autrement dit, elle réside plus dans la sauvegarde opiniâtre de cet écart par le patient que dans l'erreur elle-même. Etant évident que cette divergence obstinément maintenue ne peut conduire qu'à plus d'invraisemblance.

Le délire apparaît donc comme un discours intelligent dans lequel les idées exprimées et les convictions sont finalement contingentes. Mais elles sont nullement aléatoires puisque orientées dans le sens précis d'une **dissidence permanente de la pensée**. Ainsi ce discours intelligent n'est-il pas intelligible.

un grand paradoxe : une psychoplasticité absolue

Autre paradoxe et non des moindres : le délire réputé rigide et inflexible est en réalité remarquablement malléable. Notre affirmation est contraire aux apparences et à la représentation que l'on se donne habituellement de cette pathologie. Ce qui est fermement irréductible, c'est l'exigence d'un discours déviant et non le contenu de ce discours. Cette véritable nature est masquée par l'inefficacité du raisonnement qui voudrait réduire la dissidence de l'idée exprimée et convaincre le patient de son erreur. Que le raisonnement s'y emploie, et la ferme résistance ne fait que s'accroître.

Mais, à l'inverse, la convention du sens ne se rejoint pas davantage lorsque, volontairement ou non, quelqu'un s'avise d'abonder dans le sens du patient, de soutenir ou partager ses idées. C'est à l'inflation délirante que l'on assiste alors, immédiate et sans fin. Le délire fait preuve d'une **permanente plasticité, nécessaire au patient pour sauvegarder l'écart entre sa pensée et la pensée des autres**. Là est mise en évidence la problématique essentielle de la folie. Cela explique du même coup que, quelque soit le thème de son délire, quelle que soit la manière de l'aborder, le patient ne rejoint jamais la convention du sens ni par la contradiction, ni par la compréhension.

En ce sens, les idées produites sont sensibles au discours d'autrui et à l'événement. Elles sont si bien soumises à cette influence que ce fait domine toute la relation thérapeutique. Les familles posent cette question: "*Que faut-il faire? Doit-on aller dans le sens de ce qu'il dit ou devons-nous soutenir que ce n'est pas vrai ?*" On sait la réponse: "*il ne faut pas aller dans le sens de ses idées*". Une autre attitude exposerait le patient à une **boursoufflure du délire** qui dépasserait, et non sans danger, les limites du dérapage déjà

constaté. Il n'est pas toujours perçu que le patient offre des motifs de surenchère venant le garantir contre **le risque d'une conviction partagée** ou d'une adéquation, même fortuite (et non sans danger) de son délire à la réalité objective.

mais une attitude psychique inébranlable

Plus qu'une idée particulière, le sujet défend la non concordance des idées ; face à ce risque, il placera la barre toujours plus haut, toujours dans le sens de la dissemblance :

- en méconnaissant systématiquement ce qui pourrait se mettre en accord avec son thème délirant (comme dans la jalousie délirante) ;

- en esquivant toute vérification et **en repoussant sans limite la surenchère dans l'in vraisemblable** : tel hospitalisé avait vu ses yeux lui échapper pour se loger sous les chaussures de son voisin ; il refuse de contrôler, en cet endroit, la présence ou l'absence de ces yeux ;

- en ne tolérant **aucune interruption** dans la dissidence des idées, tel ce patient qui, après avoir convaincu les tribunaux de sa bonne santé mentale, et obtenu sa libération, prend soin de préciser, en quittant le prétoire, que le gouvernement de l'Uruguay persistait malgré tout à modifier l'heure de son bracelet-montre : il venait de le vérifier dans l'instant.

On mesure peu à quel point le maintien d'une telle attitude mentale est un enjeu vital pour le malade. **Toute concordance avec la pensée commune contient un danger** : lorsqu'une patiente fut conduite vers le l'appartement que lui désignait son délire et qu'elle revendiquait depuis 13 ans, elle entra dans une profonde confusion qui mit gravement ses jours en péril.

la contrainte de la fausseté

Fondée sur le refus de toute similarité avec la pensée commune, la relation délirante consiste en l'aménagement d'une vérité nécessairement altérée, et la confirmation continuellement vérifiée de l'altération du sens. Cette confirmation se fait par le **comportement**, par l'**habitus**, par le **vêtement**, par le **style** et la **stratégie de vie**, et d'abord par le discours.

Il est alors clair que ni l'interlocuteur du psychotique, ni le psychotique lui-même n'ont le choix de leurs énoncés. Prendre à témoin la normalité, angoisse le patient **plus que reconnaître la folie dans ses idées**. Ainsi ouvre-t-on la voie à une relation efficace et à l'acceptation d'un traitement.

Mais la folie c'est aussi l'exclusion, une forme de mort sociale et plus encore une régression vers un autre statut du langage en connexion permanente avec la mort. Nul mieux que le **Président Schreber**, psychotique lui même et longuement interné, n'a décrit cette souffrance. (étude clinique : [Voir page Schreber.](#))

Les pages consacrées à [l'hallucination auditive](#) reprennent et prolongent cette étude.

Témoignage et contribution clinique :

Je viens de lire sur internet l'étude que vous avez consacrée à la paranoïa. J'ai vécu quelques années difficiles en lien avec cette maladie, ce qui justifie mon courrier.

Au sein d'une compagnie de transports, j'étais chargé de la sécurité, et aussi des visites après sinistres. Il y a eu un accident important (avec une série noire par après). La lecture que j'en ai maintenant est que cela a tellement heurté mon image de moi que la perspective d'un événement accidentel était inacceptable et que s'est imposé à mon esprit un scénario d'accident criminel, avec des implications variables et fluctuantes de membres de personnel, de collègues, etc. J'ai pris des médicaments et suivi une thérapie (de type psychanalytique, puis avec un thérapeute qui "se mouille" un peu plus). Ensuite, j'ai arrêté les médicaments et continué la thérapie mais cela n'a pas empêché une rechute, assez différente d'aspect (.....).

Actuellement, je prends du Risperdal, que je trouve plus efficace que le médicament précédent (avec le précédent, j'avais le sentiment d'avoir toujours les idées délirantes dans la tête et de devoir lutter contre elles, ce qui n'est plus le cas maintenant... il reste bien entendu à gérer les souvenirs, qui eux sont intacts...). On m'a changé de poste suite à ces épisodes, avec des passages dépressifs et quelques envies suicidaires. Mon travail actuel est plus détendu et ne me confronte plus à la sécurité etc...

Dans votre étude, j'ai apprécié ce que vous dites de la "plasticité". On donne souvent l'idée d'une rigidité dans le délire. En fait les scénarios fluctuent, en fonction des apports extérieurs (et avec l'attention à tout ce qui se passe portée à son paroxysme, il y en a des apports !).

J'ai connu des nuits d'insomnie, à recréer le monde à partir de postulats délirants (cela est fatigant). Mon thérapeute était associé à certains de ces scénarios, ce qui ne doit pas être la meilleure des choses... La façon dont j'approcherais quelqu'un vivant la même chose serait de dire : "Je ne connais rien de la situation dont vous parlez mais je vois que vous êtes angoissé et pour votre bien-être, il faut soulager cette angoisse". C'est un peu la situation de quelqu'un croyant qu'il doit arriver, sous peine de mort, à un rendez-vous mais qui n'a plus d'itinéraire, plus d'adresse... et qui doit, sans perdre une

seconde, remettre une logique et tracer un chemin dans un monde qu'il croit inconnu et/ou hostile. Avec parfois la conviction qu'un tireur embusqué s'apprête à vous abattre... bonjour l'angoisse...

Je suis perplexe au sujet de ce que vous notez à juste titre : le besoin de ne pas se conformer à l'opinion commune... Cela me semble (encore) être une qualité. Qu'apporterait-on de neuf à l'humanité (oh le grand mot !) si on est un mouton parmi les autres...

Remarque de J. Morenon : Il paraît clair que, dans une société, seuls des déviants ont des virtualités créatrices...

Mais j'ai aussi constaté l'inflation dont vous parlez, avec deux amis avec qui j'avais parlé au début de mon délire (premier accident)... et en plus j'étais convaincant... Actuellement, je me trouve moins délirant qu'eux...

Ceci dit, j'ai stoppé la télévision (en tout cas les films policiers, d'espionnage, etc). Il faudrait se pencher sur les relations filmographie / paranoïa...

Complément biographique et remarques :

Dans mon enfance, j'ai "surinvesti" les études : premier de classe en primaire (école très traditionnelle avec remise des résultats sur l'estrade, chaque semaine, par le directeur, médailles, etc), en secondaire, à l'université... Je me demande dans quelle mesure ce n'était pas déjà pour moi le seul moyen d'éviter toute critique, parce que je ne les supportais pas (et que, en tout cas à l'école primaire, le corollaire de l'erreur était l'humiliation). Rédiger un rapport de sinistre où je constatais que je n'avais pas vu une situation potentiellement dangereuse lors d'une visite de prévention antérieure était pour moi inacceptable... et le climat qui règne après un accident (de plusieurs dizaines de millions dollars) n'est pas le meilleur pour ceux qui ont une tendance "parano".

J'ai aussi constaté un phénomène qui semble assez courant : mon mal-être, ma "bizarrerie" a conduit certains collègues et supérieurs à m'observer plus attentivement, à noter mes retards... et on me les a reprochés (dans le détail) lors d'un changement d'affectation. Cela a contribué à augmenter le délire.

Il y a souvent une grande méconnaissance de l'attitude à adopter face à la paranoïa, notamment pour éviter son inflation. Heureusement, nous avons aussi une amie qui est infirmière psychiatrique et qui m'a amené à consulter un neuropsychiatre. Comme je ne dormais plus, je reconnaissais

"objectivement" que j'allais mal et qu'il fallait trouver une solution à ces insomnies. *Octobre 1999.*

Un des problèmes essentiels qui se pose à l'humain est la gestion de la ressemblance dans la contiguïté. Car la connaissance de la réalité n'est pas donnée à l'humain par une seule voie. Elle l'est, en effet, par les voies distinctes de la communication corporelle et de la communication linguistique. Mais ces deux systèmes sont antagonistes. Ils appartiennent aux ordres distincts de la sélection et de la combinaison. **Cet antagonisme est constitutif de l'ordre humain**, à commencer par le tabou de l'inceste et le complexe d'Oedipe. Avec beaucoup précision ce clivage ontologique rend compte de l'attitude psychique du délirant pour qui toute convergence est impossible avec le discours dominant. Sur ce sujet voir :

[Ne pas ressembler au mouton d'à côté et histoire naturelle du tabou de l'inceste](#)

Références de ce texte :

R. Jakobson. Essai de linguistique générale, Tome I page 47.

Freud. Cinq psychanalyses. P.U.F. 1981.

Silla Consoli. Folle vérité, ed. du Seuil. Paris 1979.

[Retour à l'Index](#)

Site créé le 02 août-1997. - Dr J. Morenon, 8 rue des tanneurs, F-04500 [RIEZ](#)

Emplacement du fichier :

<http://jean.morenon.fr/PDF/Delire.pdf>

