

INTRODUCTION À L'ANTHROPOLOGIE CLINIQUE DES MARGES

« Halluciner » et « délirer » sont des signes de maladies mentales graves. C'est la perspective dominante tant pour le grand public qu'auprès de nombreux soignants rencontrés sur nos lieux de pratique. Notre objectif n'est pas de renverser cette perspective mais de l'analyser de façon critique pour faire émerger des alternatives auxquelles le clinicien doit savoir se confronter.

Notre intérêt pour le sujet s'est d'abord construit dans une dialectique à trois termes : le *normal*, le *pathologique* et le *paranormal*. Rapidement, ces termes ont été dépassés par un autre trio : la *névrose*, la *psychose* et les *expériences exceptionnelles*. C'est parce qu'il n'y a pas recouvrement complet entre ces deux ensembles de concepts qu'il y a un *hiatus* persistant entre notre recherche et les perspectives classiques sur ces questions.

Les expériences exceptionnelles peuvent être abordées comme un problème concret et contemporain posé à la psychopathologie¹ et à la clinique, déclinaison actuelle de la rencontre entre des savoirs psychopathologiques et le point de vue d'un sujet : *comment aider un individu croyant faire une expérience subjective hors du commun* ? Ces expériences jouent également un rôle transversal dans l'histoire de la psychopathologie, notamment par leur influence souvent négligée sur les classifications actuellement en usage.

L'étude des expériences exceptionnelles permet d'explorer les marges de la clinique, tout en renvoyant constamment à la question de la position du clinicien. Le cœur même de la clinique est de s'orienter vers un autre discours et une autre écoute que ceux du chercheur ou de l'homme du commun. Les hallucinations, les délires, ou, via une autre formulation du problème, les expériences exceptionnelles, engendrent une cascade de provocations à l'égard d'un savoir psychopathologique qui les domine tout en restant travaillé par eux.

1. Nous faisons nôtre la définition de la psychopathologie de Lantéri-Laura : « La psychopathologie se présente toujours comme une organisation systématique qui rend compte, de manière exhaustive ou seulement partielle, de tout ou d'une partie du champ des observations cliniques. Elle emploie des principes unificateurs divers qui ne se limitent jamais aux simples étiologies, et qui, assez souvent, pallient l'insuffisance des étiologies en psychiatrie par des mises en perspectives plus générales. » LANTÉRI-LAURA G., « Au delà du domaine clinique », *L'Évolution Psychiatrique*, 70 (2), 1990, p. 287-302.

REGARDS D'UN CLINICIEN

Ce livre est issu de notre travail de doctorat réalisé à l'université de Rouen², dont le sujet est indéniablement mêlé à notre parcours, recoupant des interrogations multiples, latentes et manifestes. Le choix intuitif, à l'adolescence, d'étudier la « psychologie » – alors simple mot énigmatique – s'est construit sur la double volonté de comprendre (l'esprit humain) et d'aider (de pratiquer un métier altruiste). Ces interrogations furent renforcées sur des lieux de stage auprès d'équipes interdisciplinaires : médecins, psychiatres, infirmiers, aide-soignants, psychologues cliniciens, mais aussi juristes, médiateurs, éducateurs, etc. Le constat, toujours étonnant, que nous n'entendions pas la même chose lorsque l'autre parlait, que nous n'entrevoiyions pas les mêmes projets de soin, les mêmes répliques, alimenta des discussions qui pouvaient notamment se situer sur le plan du diagnostic. Il ne s'agissait pourtant pas de savoir qui *avait* raison, ni même qui *aurait* raison, puisque la place du psychologue n'est pas imbriquée dans la hiérarchie du savoir médical ou juridique. Au cœur de notre questionnement se situait davantage une empathie pour « le patient » ou « l'usager » qui était l'objet – conscient ou inconscient – d'une pluralité de diagnostics qui allaient déterminer ses interactions avec l'équipe et son cheminement. L'idée était que l'influence *iatrogénique* (négative) et *thérapeutique* (positive) procédaient des mêmes ressorts transférentiels, ce que Szasz³ condensait en rebaptisant « iatrogénie » la psychiatrie.

Le paranormal est entré dans ce parcours suivant le même jeu de miroirs, et non à la suite d'expériences personnelles. Ce sont deux étudiantes en psychologie nous ayant confié, en 2004, leurs expériences de « hantise » (vécus étranges dans un lieu supposé hanté) qui nous ont poussé à nous interroger sur une expérience hors norme vécue par nos semblables. Notre mémoire de Master 1 en psychologie clinique portait sur les « Approches psychologiques de la personne hantée », à partir d'un terme utilisé par le prix Nobel de médecine Charles Richet⁴. Nous avons essayé d'y mettre à jour une neutralité, maladroitement appelée « position symbolique » mais qui correspond, dans son essence, à la place du clinicien face à des récits dont il n'a pas toutes les coordonnées.

Après ce mémoire essentiellement théorique, nous avons poursuivi notre apprentissage auprès de cliniciens spécialisés dans les consultations pour personnes vivant des expériences exceptionnelles en Allemagne, dont nous décrirons plus loin le cadre théorique. Nous avons ensuite participé à la fonda-

2. EVRARD R., *L'exception qui infirme la règle ? Étude de quelques cas réputés psychotiques chez l'adolescent et l'adulte comme frayage vers une clinique différentielle à partir de l'hypothèse des expériences exceptionnelles*, thèse de psychologie sous la direction de Pascal Le Maléfan, université de Rouen, 2012.

3. SZASZ T., *Le mythe de la psychothérapie*, Paris, Payot, 1981, p. 289.

4. RICHEL C., *Traité de métapsychique*, Paris, Alcan, 1922.

tion de services similaires en France, d'abord au sein d'une fondation dédiée à la recherche en parapsychologie (Service d'Orientation et de Soutien des Personnes Sensibles aux Expériences Exceptionnelles, ou SOS-PSEE) puis en micro-entreprise individuelle (Centre d'Information, de Recherche et de Consultation sur les Expériences Exceptionnelles, ou CIRCEE). Cette approche clinique fut surtout empirique, et manquait encore d'un temps pour une prise de distance permettant de théoriser cette pratique, ce qui fut en partie l'emploi de notre thèse. Nous avons également réalisé en parallèle plusieurs stages en psychiatrie adultes avant de travailler à plein-temps en extra et en intra-hospitalier au sein du centre hospitalier régional Metz-Thionville.

Notre parcours nous conduit donc à une position intermédiaire par rapport à notre sujet : nous disposons à la fois d'un point de vue *classique* et d'un point de vue *original*. Cette tension entre différentes perspectives se retrouve dans les définitions de notre objet de recherche. Dans les grandes lignes, il s'agit d'étudier une expérience intime vécue comme un décalage par rapport aux conceptions occidentales habituelles de la réalité, *une exception par rapport à une règle*. Cette expérience sera dite « para-normale » selon une certaine convention, « exceptionnelle » dans une terminologie plus neutre. Parce que le sujet l'envisagera ainsi, en en tirant des conséquences quant à ce que doit vraiment être la réalité pour permettre cela, alors un observateur extérieur, toujours lié à la conception occidentale habituelle de la réalité, parlera de *croyance* voire de *délire*. Parce que cette expérience sensible sort du cadre habituel des perceptions, elle sera interprétée comme *illusion* voire comme *hallucination*. Ainsi établie, *notre objet est le produit de conflits de points de vue* entre, d'une part, un individu et son propre modèle de la réalité et, d'autre part, le contenu de son expérience et des modèles de la réalité partagés par d'autres personnes.

Cet objet nous a obligé à faire des allers-retours entre nos pratiques cliniques et différents discours spécialisés ou profanes sur « folie et paranormal ». Cela ne fut possible qu'en nous appuyant sur une posture méthodologique et épistémologique que nous appelons « anthropologie clinique des marges ».

L'ANTHROPOLOGIE CLINIQUE

Même si notre approche est fondamentalement celle d'un clinicien, l'interrogation clinique des expériences exceptionnelles nous a poussé à croiser notre regard avec une perspective bénéficiant d'un recul plus important : *l'anthropologie clinique*. La définir est un véritable défi, tant les acceptions se sont multipliées ces dernières années. Un récent colloque transdisciplinaire n'avait pour prétention que d'en poser les jalons épistémologiques⁵. Le psychanalyste Olivier

5. LEKEUCHE P., « Jalons pour une anthropologie clinique », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 30, 2008, p. 221-224.

Douville en donne néanmoins une définition très générale : « Une anthropologie qui se penche sur les nouvelles logiques de subjectivation résultant des modifications des rapports sociaux⁶. » Il la situe au carrefour de l'anthropologie et de la clinique psychanalytique, mais la distingue d'autres courants :

« Ce n'est pas de la *psychologie interculturelle*, discipline tentée par l'exotisme des autres représentations culturelles du soin et de la maladie.

Ce n'est pas une *ethnopsychiatrie* ou *ethnopsychanalyse* dans la lignée du centre Georges Devereux qui aurait dévié vers une psychologie communautaire ou ethnique, n'interrogeant pas assez ce concept d'ethnicité.

Elle n'est pas non plus réductible à une anthropologie médicale qui se cantonnerait à être descriptive des techniques de soin.

Enfin, elle n'est pas à situer comme sous-discipline de l'anthropologie trouvant à se loger dans un découpage doctrinal pré-établi aux côtés de l'anthropologie culturelle, sociale, politique, etc. Elle constituerait « une voie innovante, celle tentant de rendre compte des incidences des fractures sociales, politiques et culturelles, bref, de l'Histoire, sur les subjectivités⁷. »

Douville convoque l'anthropologie parce que cette dernière s'interroge sur ce qui fait *altérité* pour un monde, pour un groupe, pour un sujet. Et il précise que « ce n'est qu'à la condition de ne pas réduire l'altérité à la différence que l'anthropologie honore son projet philosophique et devient, conformément à son énoncé, une science de l'homme⁸ ». C'est que la notion de *différence* participe déjà d'une division, d'un rejet, alors que la clinique invite à favoriser le rapport à l'autre, à l'étranger irréductible et premier.

Cette appétence pour l'altérité qui n'occasionnerait pas immédiatement une mise à l'écart fait de l'anthropologie clinique une approche scientifique privilégiée pour comprendre l'homme et son rapport à la folie, au *pathos*, rapport qui ne peut se résumer à une rencontre entre un thérapeute et son patient. La « rencontre » et ses possibilités de surprises, de subversions du savoir, ont pu faire l'objet de nombreuses éloges, voire d'idéalisations. Mais la clinique fait aussi l'objet de lectures où sont rétablies les influences historiques, philosophiques, culturelles, économiques et sociales qui pèsent sur chaque rencontre. Pourquoi le patient accepte cette démarche qui fait de lui « un patient » de tel thérapeute qui, lui-même, se dit « thérapeute » de telle « école » ? Quelles règles régissent le cadre de la consultation ? Comment se sont constitués les symptômes, les diagnostics et les traitements dont il va être question ? Qu'est-ce qui légitime l'affirmation même selon laquelle l'esprit est susceptible d'être malade⁹ ?

6. DOUVILLE O., « Pour une anthropologie clinique contemporaine », *Revue du MAUSS*, 2012.

7. LE MALÉFAN P., « L'incroyable dans la clinique interculturelle : à propos d'un cas d'apparition chez une adolescente congolaise », *Perspectives Psy*, 48 (2), 2009, p. 159-165.

8. DOUVILLE O., « Pour une anthropologie clinique contemporaine », art. cit.

9. FOUCAULT M., *Maladie mentale et psychologie* [1954], Paris, Quadrige/Presses universitaires de France, 2010. CASTEL P.-H., *L'Esprit malade. Cerveaux, folies, individus*, Paris, Ithaque, 2009.

Toutefois, l'anthropologie clinique n'est pas non plus une simple « anthropologie de la folie », puisqu'elle ne détache pas complètement cette vaste notion des dispositifs et des pratiques cliniques. Loin de ne se rajouter qu'à celui d'anthropologie, l'intercession du terme de clinique « le décomplète et l'inquiète¹⁰ ». C'est en réalité une anthropologie qui s'incarne dans la clinique tout en en tirant des enseignements. Elle « engage une conception de l'homme et de la clinique elle-même¹¹ ». Certes, l'anthropologie en tant que telle ne sert pas à soigner, comme le rappelle Douville, « mais ça sert à une certaine déconstruction de la médicalisation et de la psychologisation de l'existence ». L'anthropologie permet une interrogation des idéologies qui contextualisent la clinique, s'inscrivant dans la continuité d'une métapsychologie freudienne qui passe par « une pratique de la théorie et une théorie de la pratique¹² ». Douville propose encore une autre formulation :

« Elle consiste tout particulièrement en l'examen clinique et critique des catégories existentielles qui se révèlent dans les grandes déchirures d'une vie singulière comme d'une vie collective, dont, surtout les expériences de ruptures des symbolisations culturelles du sexuel et de la mort. Cette anthropologie sait faire place à l'écart entre le discours social et le discours du sujet tant ce dernier ne s'y trouve pas totalement prescrit¹³. »

Les cliniciens en viennent notamment à faire appel à l'anthropologie lorsqu'ils font face à de nouvelles pathologies, ou à ce qu'ils pensent être de nouvelles enveloppes pour des pathologies déjà connues telles que l'hystérie, un « habillement local d'un désordre global¹⁴ » par quoi le vieux dogme du désordre ethnique reprend corps. Ils viennent donc s'éclairer d'un savoir sur les mutations des sociétés humaines afin d'affiner leur repérage de ce qui bouge dans les économies psychiques¹⁵. On trouve ainsi de plus en plus d'ouvrages décrivant les effets de la généralisation de l'économie de marché dans les sociétés néo-libérales sur les définitions de la souffrance psychique et leurs traitements correspondants¹⁶. Les changements dans la façon dont l'homme se perçoit affectent ce qui va constituer la maladie, le remède et le bien-être. Les dispositifs cliniques sont l'un des réceptacles de ces nouveautés, ce qui explique que tant de cliniciens cherche à en témoigner, souvent sur un ton pessimiste voire alarmiste.

10. DOUVILLE O., « Pour une anthropologie clinique contemporaine », art. cit.

11. LEKEUCHE P., « Jalons pour une anthropologie clinique », art. cit., p. 222.

12. ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.

13. DOUVILLE O., « Pour une anthropologie clinique contemporaine », art. cit.

14. *Idem*.

15. EHRENBURG A., LOVELL A.-M. (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001.

16. Par exemple : EHRENBURG A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998. EHRENBURG A., *La Société du malaise*, Paris, Odile Jacob, 2010. LESOURD S., *Comment taire le sujet ? Du discours aux parloottes, la mutation de la subjectivité*, Paris, Érès, 2006. MELMAN C., LEBRUN J.-P., *La nouvelle économie psychique. La façon de penser et de jouir aujourd'hui*, Paris, Érès, 2009.

Toutefois, une autre option dans l'abord de ces changements consiste à passer par une approche constructiviste de la *fabrication du psychisme* et plus particulièrement de la *fabrication des folies*¹⁷.

CONSTRUCTIVISME DES MALADIES MENTALES

Si nous nous permettons d'employer ce terme stigmatisant et flou de « folie », c'est bien que personne ne sait plus ce que c'est ! Il reste un terme éveillant de nombreuses représentations sociales quand bien même les savants et les politiciens ont promulgué un autre vocabulaire : « aliénisme », « maladies mentales », « troubles mentaux », « handicap mental », etc. La même chose vaut pour le terme « paranormal » qui renvoie à un fourre-tout suscitant d'intenses réactions émotionnelles, là où les scientifiques peinent à imposer des termes comme « vécus psi », « expériences anormales », « expériences exceptionnelles », etc. Nous avons donc affaire là à deux termes qui ne sont pas confisqués par un champ du savoir, mais appartiennent en plein au champ social.

L'approche constructiviste des maladies mentales a été nourrie par des travaux sociologiques et anthropologiques se décalant des perspectives médicales habituelles pour montrer l'envers du décor¹⁸. Mais l'un des déclencheurs les plus forts est l'entrée dans le paysage psychiatrique d'un acteur qui n'avait pas encore voix au chapitre : *le patient*. Celui-ci revendique un autre savoir sur la maladie issu d'une expérience quotidienne, à la première personne, des problèmes qu'elle pose et des solutions les plus avantageuses. Depuis 1935, et la naissance aux États-Unis des Alcooliques anonymes, « les patients s'organisent en collectifs pour faire reconnaître la légitimité de ce savoir et avoir leur mot à dire dans la gestion de leur mal, en se posant en interlocuteurs à part entière des médecins, de l'industrie pharmaceutique et des politiques¹⁹ ». Douville se montre préoccupé par ces « groupes-symptômes qui se rassemblent par des modalités homogénéisantes de jouir ou de mal aller », des sortes de communautarismes répondant « aux effets dissolvants des globalisations », qui viennent perturber l'exercice de la psychiatrie en tant que pratique et en tant qu'épistémè, et qu'il refuse d'assimiler aux « groupes ancrés dans la culture et la tradition qui nous informent du trésor ancestral de leurs nosologies et de leurs stratégies de soins²⁰ ».

17. MANCINI S. (dir.), *La fabrication du psychisme. Pratiques rituelles au carrefour des sciences humaines et des sciences de la vie*, Paris, La Découverte, 2006. BORCH-JACOBSEN M., *La fabrique des folies. De la psychanalyse au psychopharmaketing*, Paris, Éditions Sciences Humaines, 2013.

18. LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1993. BASTIDE R., *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, 1966. BARRETT R., *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Institut Synthélabo, 1998. ESTROFF S., *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Paris, Institut Synthélabo, 1998.

19. BORCH-JACOBSEN M., *La fabrique des folies...*, op. cit., p. 324.

20. DOUVILLE O., « Pour une anthropologie clinique contemporaine », art. cit.

Il y a donc une tension entre l'expertise des scientifiques et l'expertise des patients (ou « experts profanes ») qui transforme le champ clinique. Certains groupes de patients collaborent avec les professionnels de santé, tandis que d'autres rejettent purement et simplement leur aide au profit d'une autogestion de leur différence, clairement affirmée et revendiquée. « À la limite, cette revendication identitaire peut aller jusqu'à la remise en cause de leur statut de malades, comme lorsque les associations *gays* et leurs alliés au sein de l'American Psychiatric Association ont réussi en 1974 à supprimer l'homosexualité de la nomenclature du DSM-III²¹. » Les mêmes observations se font pour des symptômes comme les hallucinations acoustico-verbales ou les expériences spirituelles qui sont, comme nous le verrons, sources de conflits territoriaux dans le champ psychiatrique, à cette différence près que les discours des patients sont fréquemment relayés par des professionnels qui affirment avoir partagé les mêmes symptômes qu'eux tout en ayant réussi à cheminer vers une position d'aidant. Les oppositions entre expertises se font donc davantage entre experts traversés directement par le phénomène qu'ils décrivent, et experts situés dans une perspective tierce. En tout état de cause, les usagers de thérapies ont conquis progressivement le droit à la parole et au savoir, déjouant ce que Borch-Jacobsen appelle une « attitude paternaliste » ou une « non-symétrie » entre médecins et patients, spécialistes et profanes : « Face à la mobilisation d'usagers hyper informés qui communiquent en temps réel grâce à Internet, les experts ont de plus en plus de difficultés à imposer un traitement ou un essai clinique au nom de la Science avec un grand "S", ou encore à refuser de tenir compte des objections de patients sous prétexte qu'il s'agirait de "résistances" irrationnelles²². »

L'irruption de collectifs de patients sur la scène médicale a depuis fait l'objet de nombreux travaux constructivistes, qui mettent en évidence des processus tels que le « décrire-construire » ou la « nature interactive des catégorisations en sciences humaines et sociales²³ ». De nombreux exemples montrent que les psychothérapeutes parviennent fréquemment à prouver la validité de leurs théories favorites ; mais aussi que les vécus des patients se façonnent et s'adaptent aux offres thérapeutiques. Plus généralement, Borch-Jacobsen a défendu une théorie de la folie comme « artefact », aussi construit que réel. Son analyse s'appuie sur les impacts des collectifs de patients, sur les effets de la suggestion dans la psychanalyse mais aussi dans la création du trouble de la personnalité multiple, et sur les pratiques

21. BORCH-JACOBSEN M., *La fabrique des folies...*, op. cit., p. 324.

22. *Ibid.*, p. 325.

23. MÉHEUST B., *Somnambulisme et médiumnité* (2 tomes), Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1999. HACKING I., *L'âme réécrite : Essai sur la personnalité multiple et les troubles de la mémoire*, Paris, Institut Synthélabo, 1998. HACKING I., *Les fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2002. HACKING I., *Façonner les gens I*, cours au Collège de France, chaire de « Philosophie et histoire des concepts scientifiques », 2001-2002. HACKING I., *Façonner les gens II*, cours au Collège de France, chaire de « Philosophie et histoire des concepts scientifiques », 2004-2005. BORCH-JACOBSEN M., *La fabrique des folies...*, op. cit.

du psychopharmarketing. Il donne des exemples de *disease mongering*, selon le terme forgé en 1992 par Lynn Payne²⁴, « pour désigner la promotion de nouvelles maladies par divers groupes d'intérêts médicaux et pharmaceutiques désireux de créer une niche commerciale pour l'un de leurs produits²⁵ ». Il précise néanmoins que le *disease mongering* n'est pas propre à l'industrie pharmaceutique dans la mesure où il est tout aussi présent – et ce depuis bien longtemps – dans le champ psy, donnant l'exemple de « maladies mentales transitoires » ou d'autres moins transitoires telles la « neurasthénie » qui furent promues comme autant de pathologies particulièrement adaptées à de nouvelles pratiques de soin²⁶. Ce constat d'une fabrication commerciale et conjoncturelle de maladies, en particulier de maladies mentales, qui n'en deviennent pas moins réelles pour de nombreux individus, renverse la vision habituelle de ce qui se joue dans le soin et invite le clinicien à prendre du recul sur sa pratique. C'est pourquoi notre ouvrage tend vers une anthropologie clinique afin de compléter l'expérience clinique d'une interrogation historique, conceptuelle et transverse sur ces « artefacts », ces « folies à plusieurs », aujourd'hui incarnés par les patients.

UNE ANTHROPOLOGIE CLINIQUE DES MARGES

On pourra s'étonner de ce qu'une entreprise aussi complexe que l'anthropologie clinique prenne pour objet ce qui, régulièrement, est marginalisé par le savoir officiel et légitime. C'est pourtant l'option de recherche que nous faisons nôtre. Car la marge est, par nature, un objet-frontière situé dans les zones où se développent les mutations des mentalités qui entraîneront des procédures de délimitation. Le fantasme trouble de la personnalité multiple n'est-il pas devenu, grâce à Hacking et Spanos²⁷, le paradigme même des « maladies mentales transitoires » ? Ne nous a-t-il pas renseigné à la fois sur les dangers des formes contemporaines de la psychopathologie, dans une épistémologie négligeant les faux-souvenirs et les diverses formes de suggestion, et sur une propriété fondamentale de l'esprit, à savoir sa *plasticité* ?

Les ethnologues et anthropologues se sont penchés à plusieurs reprises sur les rites, les mythes ou les praticiens traditionnels en lien avec le paranormal²⁸.

24. PAYNE L., *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers Are Making You Feel Sick*, New York, Wiley and Sons, 1992.

25. BORCH-JACOBSEN M., *La fabrique des folies...*, op. cit., p. 331.

26. *Ibid.*, p. 332.

27. SPANOS N. P., *Faux souvenirs et désordre de la personnalité multiple. Une perspective sociocognitive* (1996), Paris, De Boeck université, 1998.

28. Par exemple : DE MARTINO E., *Le monde magique* (1948), Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1999. MANCINI S. (dir.), *La fabrication du psychisme...*, op. cit. MANCINI S., FAIVRE A. (dir.), *Des médiums. Techniques du corps et de l'esprit dans les deux Amériques*, Paris, Éditions Imago, 2012. LAPLANTINE F. (dir.), *Un voyant dans la ville*, Paris, Payot, 1985. LAPLANTINE F., AUBRÉE M., *La table, le livre et les esprits. Naissance, évolution et actualité du mouvement social spirite entre France et Brésil*, Paris, J.-C. Lattès, 1990. CAMUS D., *Voyage au pays du magique : enquête sur les*

Ces disciplines ont mis en évidence diverses formes d'intégration du paranormal en fonction des cultures, ce qui vient indirectement nous renseigner sur la façon dont les sociétés occidentales abordent ces expériences. Le constat est que nos sociétés ont tendance à davantage s'opposer à leur intégration officielle, développant des formes de « rationalisation » au sens de Max Weber²⁹ et un monde « désenchanté³⁰ ». Néanmoins, le paranormal reste omniprésent dans notre espace culturel et pas seulement à ses marges³¹. C'est que le repérage des marges dans l'histoire des idées suppose un tracé établi des frontières capable de désigner ce qui lui est extérieur. Or, une partie de ces marges s'est constituée par des procédures de démarcation d'une efficacité toute relative, qui n'empêche guère les thématiques du paranormal de faire cycliquement leur retour là où on ne les attendait plus.

Pour le professeur de psychologie et psychanalyste Pascal Le Maléfán, auteur d'un ouvrage inspirant intitulé *Folie et spiritisme*³², la marge est un concept opératoire qui indique une posture de recherche consistant à « s'orienter vers ce qui est en général considéré comme mineur au regard d'une approche fondamentale ou clinique, voire délaissé, ou innovant, débutant, frontière³³ ». Travailler sur les marges n'empêche toutefois pas d'emprunter une méthodologie rigoureuse : « “Être en marge de” signifie en effet “être en dehors”, mais en même temps “qui se rapporte à”, telle une information en marge de l'actualité. C'est cette tension dialectique entre un dedans et un dehors, mais à partir de la primauté de ce dehors, qui fait retour sur le dedans, qui nous a toujours paru féconde dans nos recherches et intérêts³⁴. » La marge constitue une zone dynamique de passage et de délimitation qui permet de pousser un peu plus loin les limites du paradigme institué, sans nécessairement opérer une quelconque révolution scientifique.

Lorsqu'on pose la question de la folie, et donc de la normalité, on ne peut s'empêcher de travailler sur ses frontières toujours mouvantes. Il en va de même pour le *para*-normal qui devrait se dissoudre au fur et à mesure des avancées scientifiques. Néanmoins, les deux sont amenés à se rencontrer car l'expérience de l'inconnu ne se résorbe pas de façon concomitante au progrès de la *raison*

voyants, guérisseurs, sorciers, Paris, Dervy, 2002. MÉHEUST B., *En soucoupes volantes – vers une ethnologie des récits d'enlèvements*, Paris, Mercure de France, 1985. NACHEZ M., *Les États Non Ordinaires de Conscience. Essai d'anthropologie expérimentale*, thèse d'ethnologie non publiée, université Marc Bloch, Strasbourg, 1999. HARDY C., *Le vécu de la transe – la connaissance de l'invisible*, Paris, Éditions du Dauphin, 1995.

29. WEBER M., *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme (1904-1905)*, Paris, Éditions du Plon, 1964.

30. Pour une réévaluation de cette notion, voir : ASPREM E., *Arguing with Angels: Enochian Magic and Modern Occulture*, New York, State University of New York Press, 2012.

31. HANSEN G., *The Trickster and the Paranormal*, Philadelphie, Xlibris, 2001. MÉHEUST B., *Somnambulisme et médiumnité*, op. cit.

32. LE MALÉFAN P., *Folie et spiritisme. Histoire du discours psychopathologique sur la pratique du spiritisme, ses abords et ses avatars (1850-1950)*, Paris, L'Harmattan, 1999.

33. LE MALÉFAN P., *Cliniques des marges, marges de la clinique*, université de Rouen, Habilitation à diriger des recherches en Sciences Humaines, 2004, p. 9-10.

34. *Ibid.*, p. 7-8.

sur la *déraison*. Au contraire, le sociologue Gérard Bronner³⁵, s'appuyant sur la théorie de « la sphère de la connaissance » de Blaise Pascal, explique que, si la connaissance est une sphère, sa surface est en contact avec ce qu'elle ne contient pas, c'est-à-dire l'inconnu. De ce fait, à mesure que la connaissance progresse et que la surface de cette sphère fait de même, l'aire en contact avec l'ignorance ne cesse de progresser elle aussi. De sorte que ce n'est pas l'ignorance qui croît symétriquement à la connaissance, mais la *conscience* de ce qui est inconnu. Notre appréhension de ce qui est encore aux marges de la science serait de plus en plus importante, avec d'éventuelles conséquences sur les formes contemporaines de la psychopathologie. La pierre d'achoppement serait de réduire toutes les populations marginales à des catégories de populations souffrantes, comme invite à s'en méfier Douville³⁶, car toute altérité n'est pas *pathos*.

Que ce soit l'exo-biologie et l'ufologie qui nous font mirer la vie extraterrestre, la parapsychologie ou métapsychique comme discipline scientifique cherchant à prouver la réalité des phénomènes dits paranormaux, ou des mouvances occultes ou newageuses déployant leurs cortèges d'« idiomes culturels » rencontrant des « idiomes de détresse », tout semble concourir à ce que les marges de la science façonnent également le champ clinique. Mais contrairement à l'héritage classique de l'anthropologie³⁷, nous ne pouvons nous dissimuler derrière l'écran de « l'exotisme » entre notre *identité* et cette *altérité*, car ces marges parascientifiques sont paradoxalement celles de nos sociétés. Cela nous oblige à faire notre « devoir » d'endo-ethnologie, selon l'expression de Marc Augé ; à développer une anthropologie du *proche* et non du *lointain*. La sociologie et l'histoire se combinent alors pour combler les lacunes de cette anthropologie du paranormal dans les sociétés occidentales qui n'en est encore qu'à ses balbutiements du fait de certaines résistances épistémologiques³⁸. Cependant, c'est d'abord notre pratique qui fonde notre réflexion, d'où l'intégration dans notre exposé de quelques vignettes cliniques. Cet aspect distingue notre propos de ceux d'auteurs arguant d'un « retour du spiritisme³⁹ » ou d'une « épidémie des

35. BRONNER G., *L'empire des croyances*, Paris, Presses universitaires de France, 2003, p. 6-7.

36. DOUVILLE O., « Pour une anthropologie clinique contemporaine », art. cit.

37. Pour une synthèse contemporaine de l'anthropologie structurale, voir : DESCOLA P., *Par-delà nature et culture*, Paris, Gallimard, 2006.

38. Voir : FAVRET-SAADA J., *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*, Paris, Gallimard, 1977. HANSEN G., *The Trickster and the Paranormal*, op. cit. MÉHEUST B., *Somnambulisme et médiumnité*, op. cit. Et pour un renouveau de l'approche académique de l'anthropologie du paranormal, voir la revue *Paranthropology* dirigée depuis 2010 par Jack Hunter.

39. Le psychanalyste Roland Gori désigne le paranormal, qu'il nomme « spiritisme » ou « psychisme », comme *point de réel* de la psychiatrie positiviste par où fait retour une expression de la subjectivité qui avait été évacuée. « Tradition oblige et ce depuis l'origine avec Mesmer, Puységur et ensuite avec Charles Richet et Charcot, c'est toujours comme *reste* du foyer scientifique que les succubes et les incubes de l'âme vont faire démoniaquement retour au sein de la psychiatrie positiviste. Chaque fois que la science médicale exclut le surnaturel, elle le voit réapparaître en marge ou au centre de son dispositif », GORI R., « Thérapies molles cherchent désespérément pathologies flexibles », *Cliniques méditerranéennes*, 74, p. 143-172 (p. 156, ses italiques).

enlèvements extra-terrestres⁴⁰ » sans dépasser le commentaire critique du travail d'autres cliniciens.

QUE SONT LES EXPÉRIENCES EXCEPTIONNELLES ?

Ce projet d'une anthropologie clinique des marges n'a été possible pour nous qu'en regroupant nos interrogations autour de la notion d'« expériences exceptionnelles », présentée ci-dessous. Ce terme et ce qu'il recouvre en font clairement une construction intellectuelle, un artefact comme un autre, qui vient s'appliquer, non sans quelques forçages liés aux schématisations, à toute une variété de vécus dans des contextes très éloignés les uns des autres, tant au niveau historique que géographique. Pourquoi employer un tel objet quand on cherche justement à déconstruire les idéologies habituelles ? C'est qu'il nous a semblé fécond de l'introduire pour faire le lien entre nos pratiques cliniques, les différents dispositifs cliniques ayant accueillis ces expériences, et une vision générale de psychopathologie psychanalytique qui ouvre à un autre rapport *clinique* mais aussi *social* face à ce qui s'apparente à des réalités déviantes, à des marges, à de l'altérité irréductible et première.

Plutôt que de se méprendre sur l'aspect artefactuel d'une telle notion, nous avons justement souhaité lui faire porter un projet de clinique différentielle qui soit véritablement neutre vis-à-vis des représentations sociales et scientifiques de ce qui constitue la réalité. Si des patients s'en emparent, comme cela est déjà le cas, interagissant avec cette notion pour en tirer des bénéfices personnels, est-ce que les « expériences exceptionnelles » constitueront dès lors un objet authentique ? Cela dépend des « modes d'existence » et des « niveaux de réalité » que nous tenons pour garants de la vérité⁴¹. Notre objectif est surtout d'insister sur l'une des alternatives possibles dans un débat étendu sur plusieurs siècles quant à la manière dont la psychopathologie est employée pour marginaliser certaines expériences ou pour les apprivoiser dans des dispositifs cliniques.

Définitions des expériences exceptionnelles

Il n'y a aucune définition des « expériences exceptionnelles » qui fasse actuellement consensus. Ce domaine de recherche est en lui-même très jeune, tout du moins dans sa formalisation actuelle. L'expression « expérience exceptionnelle » vient se substituer à un ensemble d'appellations tirées de diverses traditions de pensée et représentations du monde : expériences « paranormales », « parapsy-

40. MALEVAL J.-C., *Étonnantes mystifications de la psychothérapie autoritaire*, Paris, Navarin, coll. « Le champ freudien », 2012.

41. LATOUR B., *Enquête sur les modes d'existence. Une anthropologie des Modernes*, Paris, La Découverte, 2012.

chiques », « anormales », « transpersonnelles », « spirituelles », « mystiques », « transcendantales », « numineuses », « surnaturelles », « magiques », « Psi », « extrasensorielles », « non-ordinaires »... pour ne citer que quelques uns des concepts tentant de rendre compte des expériences en question⁴².

Cette manière de se substituer à d'autres appellations n'est pas systématiquement légitimée. Cette première définition des « expériences exceptionnelles » se veut comme un renvoi vers des catégories floues et problématiques, pour mieux dépasser ces catégories avec un nouveau point de départ. Ce nouveau départ implique une nouvelle cartographie des expériences en question, et des choix théoriques affirmés plutôt que subis. Il s'agit de pouvoir tout repenser depuis le début, et c'est pourquoi cette notion d'expériences exceptionnelles ne s'inscrit pas directement dans une tradition de nomenclature issue de la psychopathologie ou de la psychologie. Le latin ou le grec ne sont même pas employés pour former un néologisme scientifique, car il est implicitement revendiqué une configuration culturelle spécifique que n'avaient apparemment pas ces cultures grecques ou latines. Enfin, cette notion d'« expériences exceptionnelles » ne s'adresse pas qu'aux scientifiques mais se conçoit comme une offre à l'attention de l'ensemble du public, et notamment des usagers.

C'est que, de plus en plus, se développent à travers le monde des services spécialisés dans la clinique des expériences exceptionnelles⁴³. Lorsque ces services intègrent un volet de recherches et documentent leurs pratiques, leurs données offrent un point de vue unique et extrêmement pertinent sur ce que seraient les expériences exceptionnelles.

L'un des meilleurs exemples est celui de l'Institut pour les zones frontières de la psychologie et l'hygiène mentale (*Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene*, IGPP) qui a été fondé en 1950 à Fribourg-en-Brisgau, en Allemagne, par le médecin et psychologue Hans Bender (1907-1991). Il se présente à l'origine comme un institut de recherche en parapsychologie, intégrant un large spectre d'approches des phénomènes dits paranormaux, dont un service clinique. L'IGPP a développé le Doku-System qui collecte, depuis

42. Palmer et Braud repèrent encore d'autres termes dans la littérature transpersonnelle : expériences paroxystiques (*peak experiences*; Maslow, 1962); *Minerva experiences* (Otto, 1966), phénomènes extraordinaires (Masters, 1974); expériences transcendantales (Neher, 1980); expériences extraordinaires (Helminiak, 1984); expériences préternaturelles (Nelson, 1989); fonctionnement méta-normal (Murphy, 1992); *wondrous events* (McClenon, 1994); et *high holy moments* (van Dusen, 1999). À cette liste confuse, ils ajoutent un nouveau terme : « expériences non-ordinaires et transcendantes » (*nonordinary and transcendent experiences*, ou NOTE) terme qui, selon eux, rend compte de la relative rareté et de la non-familiarité de ces expériences, et aussi de leur tendance à aller au-delà de la compréhension conventionnelle de soi-même et du monde, et enfin de leur propension à déclencher des transformations qui permettent de transcender ce qu'on était. Voir : PALMER G., BRAUD W., « Exceptional Human Experiences, disclosure, and a more inclusive view of physical, psychological, and spiritual well-being », *Journal of Transpersonal Psychology*, 34 (1), 2002, p. 29-61 (p. 32).

43. COLY L., McMAHON J. (dir.), *Psi and clinical practice*, New York, Parapsychology Foundation, 1993. KRAMER W. H., BAUER E., HÖVELMANN G. H. (dir.), *Perspectives of Clinical Parapsychology: An Introductory Reader*, Utrecht, HJBF, 2012.

1998, des données socio-démographiques, phénoménologiques, diagnostiques et cliniques sur les personnes qui viennent consulter pour leurs expériences exceptionnelles. Cet outil rend possible de nombreuses analyses, d'où peuvent être déduites des profils de personnes ayant des expériences exceptionnelles et des modèles d'interventions⁴⁴.

Une psychologue de l'IGPP, Martina Belz⁴⁵, actuellement à l'université de Berne en Suisse, distingue le sous-groupe des personnes qui ont des expériences exceptionnelles et qui cherchent à être conseillées et aidées. Il se distinguerait de ceux qui ont ces expériences et parviennent à les intégrer, que ce soit sur un mode adapté ou inadapté. L'IGPP a mené deux études diagnostiques, l'une rétrospective portant sur 844 de ces cas⁴⁶, l'autre prospective sur 858 cas⁴⁷. Elles montrent toutes deux que les cliniciens de l'IGPP considèrent qu'environ la moitié des gens qui viennent consulter présente un symptôme de trouble psychique léger ou grave, alors que l'autre moitié n'aurait pas de signe clinique évident (voir Tableau 1). Ces différences entre les proportions de diagnostic rendent donc essentielle la question du diagnostic différentiel.

Diagnostics	Pourcentages
Trouble grave (psychose, prépsychose, schizophrénie, paranoïa)	23 %
Trouble léger (phobies, dépression, troubles psychosomatiques, troubles du sommeil et problèmes dans la vie quotidienne)	28 %
Aucun signe clinique	31 %
Impossible de se prononcer	18 %

Tableau 1. – Pourcentages pour les types de diagnostics effectués sur 844 cas de personnes ayant consulté pour une expérience exceptionnelle (données de Hofmann & Wiedemer, 1997 ; résumées dans Belz, 2009a⁴⁸).

Ces données cliniques conduisent à distinguer différents profils psychopathologiques derrière le même type d'expériences. Mieux encore, elles décrivent une pratique clinique qui n'est accompagnée d'un diagnostic que dans la moitié des cas, et en particulier un diagnostic sévère dans seulement un quart des cas. La collusion entre paranormal et folie est donc clairement mise à mal ici, même si elle n'a pas à être complètement rejetée.

44. FACH W., « Phenomenological Aspects of Complementarity and Entanglement in Exceptional Human Experiences (ExE) », *Axiomathes*, 21 (2), 2011, p. 233-247. FACH W., ATMANSPACHER H., LANDOLT K., WYSS T., RÖSSLER W., « A comparative study of exceptional experiences of clients seeking advice and of subjects in an ordinary population », *Frontiers in Psychology*, 4 (65), 2013. doi : 10.3389/fpsyg.2013.00065.

45. BELZ M., *Außergewöhnliche Erfahrungen*, Göttingen, Hogrefe, 2009a.

46. HOFMANN L., WIEDEMER A., « Ein Dokumentationssystem für aussergewöhnliche Erfahrungen (DAE) », *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie*, 39, 1997, p. 147-182.

47. BELZ-MERK M., FACH W., « Beratung und Hilfe für Menschen mit Außergewöhnlichen Erfahrungen », *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 2005, p. 256-265.

48. BELZ M., *Außergewöhnliche Erfahrungen*, op. cit., p. 24-25.

La préférence de Belz pour le concept d'« expériences exceptionnelles » est motivée par quatre aspects de cette terminologie⁴⁹ :

- elle reste neutre du point de vue de la vision du monde ;
- elle évite l'amalgame avec un trouble psychique et ne suggère aucun diagnostic ;
- elle prend en compte la qualité particulière du vécu ;
- et elle ne répond pas par elle-même à la question de la factualité.

Cette définition se conforme donc à certaines exigences de travail. Ce ne sont donc pas des *contraintes de langage* qui sont à la base de l'élection de ce terme, mais des *orientations du dispositif thérapeutique*.

Classification des expériences exceptionnelles

Ne pouvant se suffire des nombreuses classifications des expériences exceptionnelles aussi peu ordonnées que pratiques, les chercheurs de l'IGPP ont fait d'autres propositions se basant sur des aspects phénoménologiques, jusqu'à obtenir un système plus harmonieux. Une première distinction fut faite entre deux champs de phénomènes :

- les *phénomènes externes* (localisés dans l'environnement physique extérieur) ;
- les *phénomènes internes* (localisés dans l'environnement psychique interne).

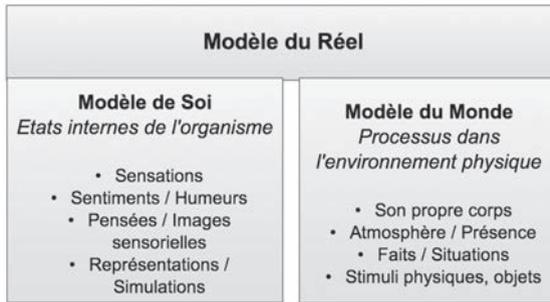


Illustration 1. – Composants et représentations dans le Modèle du Réel (Fach, 2008⁵⁰).

En se basant sur la théorie de la représentation mentale de Metzinger⁵¹, le psychologue Wolfgang Fach, clinicien et chercheur à l'IGPP, a proposé en 2007 d'intégrer ces deux champs phénoménologiques dans les deux composants du « *Modèle du Réel* » d'un individu, qui serait la « description personnelle » de

49. *Ibid.*, p. 4-5.

50. FACH W., « Forschung zu aussergewöhnlichen Erfahrungen », VAITL D. (dir.), *Tätigkeitsbericht 2006-2007*, Freiburg, Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene, 2008, p. 51-53.

51. METZINGER T., *Subjekt und Selbstmodell : die Perspektivität phänomenalen Bewusstseins vor dem Hintergrund einer naturalistischen Theorie mentaler Repräsentation*, Paderborn, Schöningh, 1993.

portions de la réalité. Ces deux composants sont le *Modèle de Soi* et le *Modèle du Monde*. Les processus internes de l'organisme, auxquels seul le sujet a accès, sont considérés comme les représentations mentales du *Modèle de Soi*. Dans le *Modèle du Monde* sont placés l'environnement physique d'un individu ainsi que les représentations de son propre corps vu de l'extérieur. L'organisme aurait fondamentalement la capacité à différencier ce qui vient alimenter l'un ou l'autre modèle. Ces deux composants permettent de dissocier plusieurs processus complémentaires [voir illustration 1 ci-contre].

Les phénomènes internes prenant la forme d'auditions de voix, de sensations corporelles, de pensées inspirées, etc., seront donc classés en tant qu'anomalies dans le *Modèle de Soi*. Des phénomènes externes dans l'environnement, comme les apparitions, les déplacements d'objets, ou dans le modèle corporel, comme les stigmates, les modifications corporelles, seront donc compris comme des anomalies dans le *Modèle du Monde*.

Mais pour rendre compte de toute la gamme des expériences exceptionnelles, il est encore nécessaire d'ajouter deux catégories, qui vont lever bien des ambiguïtés. La première catégorie concerne les anomalies se centrant sur les *rencontres exceptionnelles* ou *coïncidences*, majoritairement entre des phénomènes externes, ou entre un phénomène interne et un phénomène externe, de telle manière qu'une relation significative se tisse entre un contenu du *Modèle de Soi* et un contenu du *Modèle du Monde*. De telles perceptions pleines de sens ont été comprises comme des transferts d'information (Télépathie, Clairvoyance, Précognition) ou des influences de l'esprit sur la matière (Psychokinèse), bien que des explications plus triviales existent. La plupart des scientifiques ne nient pas qu'il y ait des coïncidences, qui peuvent à l'occasion prendre des significations exceptionnelles, mais ils contestent que ces coïncidences soient le produit d'une volonté, quelle qu'elle soit, et non le simple croisement fortuit de chaînes causales indépendantes pris dans un échantillon important de possibilités ; ou parfois simplement des fausses coïncidences, dues à des illusions, à des méprises ou à des tromperies⁵². D'autres chercheurs ou cliniciens tentent de faire entrer ces coïncidences dans une compréhension nouvelle des relations entre le psychique et le physique⁵³. C'est un avantage important de pouvoir aborder le phénomène des coïncidences dans une portion délimitée, bien que transversale, des expériences exceptionnelles, et non au cœur de chaque expérience. Il s'agit en effet d'une étape pour extraire ces expériences de la question purement parapsychologique de l'authenticité du psi.

52. BRONNER G., *Coïncidences – Nos représentations du hasard*, Paris, Vuibert, 2007.

53. JUNG C. G., PAULI W., *Naturerklärung und Psyche*, Zürich, Rascher Verlag, 1952. LUCADOU W. V., POSER M., *Geister sind auch nur Menschen*, Freiburg, Herder, 1997. NACHMAN G., « Clinical implications of Synchronicity and related phenomena », *Psychiatric Annals*, 39 (5), 2009, p. 297-308.

La quatrième variante est une catégorie pour les anomalies où les processus dissociatifs sont centraux, comme par exemple pour l'expérience de *hors corps*, l'automatisme psychologique ou la paralysie du sommeil.

Les quatre catégories sont complémentaires deux à deux, ce qui permet au psychologue Wolfgang Fach de proposer un schéma harmonieux [voir illustration 2].

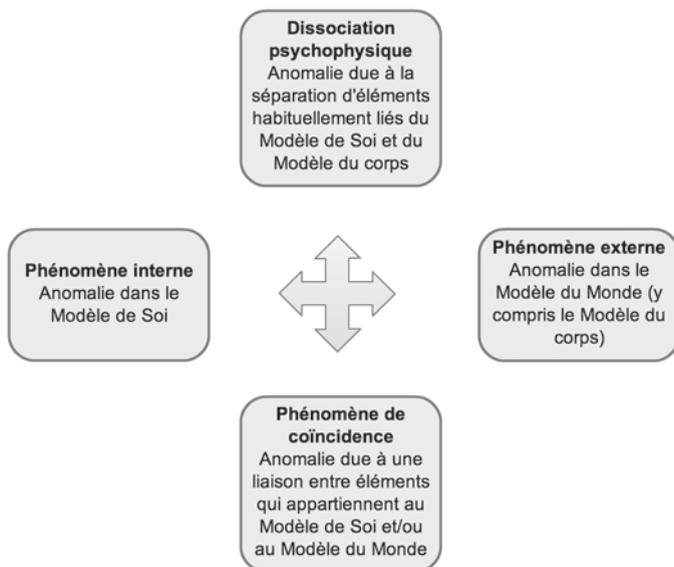


Illustration 2. – Anomalies dans le Modèle du Réel (d'après Fach, 2008⁵⁴).

Le modèle de Fach permet d'appréhender l'ensemble des expériences exceptionnelles avec un nombre restreint de catégories. Les phénomènes externes et internes peuvent varier dans la modalité sensorielle de leur apparition (vue, ouïe, odorat, etc.). Pour chaque cas, on peut également prendre en compte l'état de conscience, le sens et la coïncidence temporelle possibles avec d'autres événements, l'idée ou le vécu d'influence, la conviction subjective quant à la cause de l'expérience exceptionnelle, et enfin l'évaluation subjective sur des aspects affectifs de l'expérience. Avec ce modèle général, incluant des paramètres généraux supplémentaires pour caractériser chaque expérience, Fach et ses collègues ont pu développer, depuis 1998, un système de classification efficace, et subséquemment un système de documentation : le Doku-System⁵⁵.

54. FACH W., « Forschung zu aussergewöhnlichen Erfahrungen », art. cit.

55. FACH W., « Formenkreise Aussergewöhnlicher Erfahrungen », VAITL D. (dir.), *Tätigkeitsbericht 2004-2005*, Freiburg, Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene, 2006, p. 50-51.

Le tableau 2⁵⁶ donne une vue d'ensemble sur les expériences exceptionnelles telles qu'elles sont rapportées, en se focalisant sur l'attribution subjective d'externalité ou d'internalité. Les expériences usant des mêmes modalités sensorielles mais avec des localisations différentes sont placées sur la même ligne.

Phénomène à localisation externe	Phénomène à localisation interne
Phénomène optique/Apparitions	Phénomène visuel/Image/Représentation
Phénomène acoustique/Bruit mimétique	Phénomène auditif/Audition de voix
Phénomène tactile/ Fluctuation de la température	Phénomène kinesthésique/ Sensation corporelle
Phénomène olfactif	–
–	Émotion non-ordinaire/Humeurs
Sensation de présence/Atmosphère	–
–	Paralysie corporelle
Phénomène cinétique/(Dé-)Matérialisation	–
–	Hors corps
Modification corporelle/Stigmate	–
–	Automatisme/Médiumnité/Channeling
Anomalies audio, photo ou sur objets	–
–	Pensée imposée/Inspiration
Fait ou événement externe dans l'environnement personnel	–
–	Savoir immédiat/Intuition
Fait ou événement externe de type général	–
Autres phénomènes externes	Autres phénomènes internes/psychophysiques

Tableau 2. – *Les phénomènes et leurs localisations dans le contexte des expériences exceptionnelles.*

Néanmoins, comme l'admet lui-même Fach⁵⁷, les catégories issues de son modèle phénoménologique ne constituent pas un système pour le diagnostic clinique. Il ne vient donc pas se substituer aux autres recherches ayant cette visée.

Six profils d'expériences exceptionnelles

Dans cette section, nous allons présenter brièvement six des profils d'expériences exceptionnelles qui ont émergé de l'analyse factorielle réalisée grâce au Doku-System sur 1 465 cas de l'IGPP.

56. BELZ M., *Außergewöhnliche Erfahrungen*, op. cit., p. 13.

57. FACH W., « Phenomenological Aspects of Complementarity and Entanglement in Exceptional Human Experiences (ExE) », art. cit., p. 239.

Hantise et apparitions (53 %) : Au centre de l'expérience se trouvent de nombreuses anomalies externes, telles que des phénomènes acoustiques, kinesthésiques et optiques, observés dans l'environnement et en grande partie dans un état de conscience normal. Ce sont aussi des déplacements, modifications, apparitions ou disparitions d'objets sans causes naturelles reconnues, des bruits inexplicables comme des coups, des bruits de pas, des voix et une impression visuelle exceptionnelle comme l'apparition d'une lumière, de silhouettes, etc. Des phénomènes tactiles et olfactifs sont décrits de temps en temps. Le tout est souvent ramené à l'intervention d'esprits et de défunts.

Phénomènes de perception « extrasensorielle » (PES) (41 %) : Ce sont des coïncidences entre des phénomènes internes et des faits externes dans le futur (précognition, rêve prémonitoire), ou entre des phénomènes internes et des faits se déroulant dans le présent ou le futur d'autres êtres vivants (clairvoyance, télépathie, empathie). On inclut dans ce profil seulement les expériences dans un état d'éveil normal. Une autre sous-catégorie spécifique peut être constituée des PES durant le sommeil, où des événements vont se manifester sous une forme concrète ou symbolique.

Présence interne et possession (38 %) : Ce profil est caractérisé par des phénomènes auditifs et somatiques, comme l'audition de voix « dans la tête » (par exemple, des mots, des phrases, des messages ou des ordres entendus avec ou sans intonation). Ces voix sont souvent accompagnées de sensations somatiques (courant d'énergie, chaleur, picotement, douleur), qui n'ont apparemment aucune raison objective de se produire. Dans beaucoup de cas, les personnes expliquent ces phénomènes par une influence surnaturelle sur leur conscience et leur corps. Elles se demandent la plupart du temps si de la magie noire ne serait pas impliquée, ou d'autres formes de forces étrangères, des esprits ou des démons capables de les posséder.

Présence externe et incubes (15 %) : Ce sont des sensations de présence et des vécus de paralysie du corps qui constituent l'essentiel de ce profil. Ces phénomènes sont connus sous le nom de « cauchemars » ou d'« incubes » et se produisent souvent dans un état de dissociation psychophysique (la paralysie du sommeil). Ce profil implique à la fois des éléments externes et internes. Un exemple typique serait une personne qui a l'impression de faire un cauchemar sans réussir à ouvrir les yeux, et sentirait dans les environs une présence sensible mais invisible, celle d'une entité (esprit ou force étrangère). Souvent cela s'accompagne de phénomènes tactiles (comme une pression sur la poitrine, des attouchements, des sensations de froid).

Coïncidence extérieure significative (10 %) : Il s'agit de situations où des événements se produisant de façon isolée et conventionnelle se retrouvent, d'une manière apparemment exceptionnelle, réunis dans un signe ou un symbole riche

de sens. Les personnes parlent alors de loi des séries ou d'autres interprétations faisant appel à la destinée ou la prédestination.

Automatisme et médiumnité (7 %) : Ce profil regroupe les expériences faites lors de pratiques occultes ou spiritiques. Elles apparaissent dans un état modifié de conscience, sous la forme de comportements (écriture automatique, Oui-Ja, channeling, etc.) qui ne sont pas produits tout à fait volontairement. Ces expériences sont décrites comme des dissociations psychophysiques auto-induites, bien qu'elles soient généralement comprises par les personnes concernées comme des formes de contact avec des forces inconnues (esprits, défunts et démons).

L'illustration 3 montre comment ces profils se répartissent par rapport aux quatre catégories d'anomalies décrites dans la l'illustration 2⁵⁸.

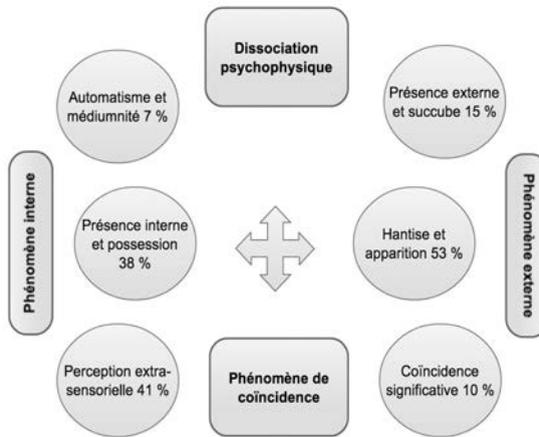


Illustration 3. – Profils d'expériences exceptionnelles dans le Modèle du Réel : résultats d'une analyse de N = 1 465 cas.

Définition opérationnelle des expériences exceptionnelles

En suivant le travail de Fach et de ses collègues, il est possible de classifier les expériences exceptionnelles en se débarrassant de descriptions thématiques subissant des influences socio-culturelles. La classification de Fach n'est pas exempte de théorisation, puisqu'elle se base principalement sur le modèle de la représentation mentale de Metzinger, mais elle se fonde sur des éléments phénoménologiques se rapprochant au mieux d'une sémiologie objective, partageable par tous, reposant sur ce que la personne ayant vécu une expérience exceptionnelle décrit de son vécu. Il ne faut toutefois pas tomber dans l'illu-

58. BELZ M., *Außergewöhnliche Erfahrungen*, op. cit, p. 15.

sion de croire que cette classification colle mot pour mot à ce que décrivent ces personnes. Cependant, elle ne fait pas appel à des jugements de valeur ou à des interprétations voisinant avec des thématiques psychopathologiques ou paranormales. C'est le Modèle du Réel, tel que perçu subjectivement, qui fait l'objet d'une analyse phénoménologique.

Cette classification permet à Fach de proposer une seconde définition des expériences exceptionnelles⁵⁹ : *Les expériences exceptionnelles peuvent être conceptualisées comme des anomalies dans le Modèle du Réel*. Cette définition se présente de façon plus enrichie et plus générale chez Belz-Merk⁶⁰ :

Deuxième définition :

Les expériences exceptionnelles sont des expériences vécues avec une qualité subjective si particulière et qui s'écartent si distinctement des modèles explicatifs de ceux qui les vivent, qu'elles ne sont pas intégrées dans les schémas cognitifs et émotionnels disponibles.

Présence des expériences exceptionnelles

Un aspect qui justifie la prise en compte des expériences exceptionnelles est leur présence importante dans toutes les couches de la population et dans tous les pays⁶¹. La sociologie a fourni de nombreuses données qui peuvent être utilisées pour une épidémiologie de ces expériences. Cependant, il faut pouvoir analyser la façon dont sont récupérées ces données. Les chiffres varient en effet selon que l'on mesure les *croyances* ou les *expériences*, selon la façon dont sont formulées les questions, selon les catégories d'expériences définies par les sondeurs, selon la population à laquelle le sondage est administré, etc. Cela rend toute interprétation précise difficile. Nous nous contenterons d'une analyse globale se concentrant sur les traits dominants qui ressortent de ces données.

Bien qu'on les appelle « exceptionnelles » ou « paranormales », ces expériences sont vécues par une population si large qu'elle en dépasse la « norme statistique ». Dans l'étude de Schmied-Knittel et Schetsche⁶² réalisée en Allemagne, 73 %, soit environ trois quart des sondés disent avoir vécu une expérience paranormale

59. FACH W., « Forschung zu aussergewöhnlichen Erfahrungen », art. cit.

60. BELZ-MERK M., *Beratung und Hilfe für Menschen mit Außergewöhnlichen Erfahrungen*, Rapport final non publié, université Albert-Ludwigs de Freiburg, 2002, p. 12-13. Traduction personnelle de « Damit sind Erfahrungen gemeint, die in ihrer besonderen subjektiven Erlebnisqualität so aussergewöhnlich sind und von den Wirklichkeitserklärungen der Betroffenen so deutlich abweichen, dass sie nicht in vorhandene kognitiv-emotionale Schemata integrierbar sind ».

61. GREELEY A. M., *The sociology of the paranormal: A reconnaissance*, Beverly Hills, CA, Sage, 1975. GREELEY A. M., « The paranormal is normal: A sociologist looks at parapsychology », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 85, 1991, p. 367-374.

62. SCHMIED-KNITTEL I., SCHETSCHKE M., « Psi-Report Deutschland Eine repräsentative Bevölkerungsumfrag zu aussergewöhnlichen Erfahrungen », BAUER E., SCHETSCHKE M. (dir.), *Alltägliche Wunder. Erfahrungen mit dem Übersinnlichen – wissenschaftliche Befunde*, Würzburg, Ergon, 2003a, p. 13-38.

subjective au moins une fois dans leur vie. Cependant, ce sondage inclut le *déjà-vu* en tant qu'expérience paranormale, qui obtient le plus haut score de représentativité avec 49,5 %. Or, comme le *déjà-vu* a pu être normalisé⁶³, et même s'il peut constituer la base d'une expérience exceptionnelle, il nous semble trop ambigu d'intégrer un tel phénomène dans la liste des expériences paranormales. Les sondés ne doivent pas avoir autant de scrupules à affirmer avoir vécu une expérience qui ressemble au *déjà-vu*, par rapport à d'autres expériences comme l'observation d'OVNI (qui ne touche que 2,4 % des sondés).

Un chiffre global, moins biaisé, se basant sur des données recueillies dans de nombreux pays, confirme leur prévalence très élevée : entre 30 et 50 % des personnes reconnaissent avoir vécu une expérience exceptionnelle au moins une fois dans leur vie⁶⁴. Ce chiffre important a fait dire à des auteurs que « le paranormal est normal⁶⁵ » ; ou encore qu'il serait en fait plus intéressant de comparer des personnes ayant une unique expérience exceptionnelle à des personnes ayant plusieurs expériences, plutôt que la comparaison classique entre ceux qui relatent et ceux qui ne relatent pas d'expériences⁶⁶.

Les expériences ne se répartissent pas équitablement dans la population, même s'il faut souligner ce fait : *il n'y a pas un seul groupe d'individus spécifiques qui vivrait ces expériences, mais tous les types de populations*⁶⁷.

Finalement, *ni la rareté ni la spécificité sociopsychologique* ne sont des composantes essentielles de l'*exceptionnalité* caractérisant ces expériences. La présence importante de ces expériences justifie que les sciences humaines leur portent une grande attention. En allant même plus loin, Ross et Joshi affirment que « les expériences paranormales sont si communes dans la population générale qu'aucune théorie de la psychologie normale ou de la psychopathologie ne peut être complète si elle ne les prend pas en compte⁶⁸ ».

Commentant ce propos, Hufford⁶⁹ ajoutera que, dans les faits, la théorie psychiatrique conventionnelle ne prend pas en compte ces expériences.

63. NEPPE V. M., « Anomalous experience and psychopathology », SHAPIN B., COLY L. (dir.), *Spontaneous Psi, Depth Psychology and Parapsychology*, New York, Parapsychology Foundation, 1992, p. 163-180.

64. BELZ M., *Außergewöhnliche Erfahrungen*, op. cit.

65. GREELEY A. M., « The paranormal is normal... », art. cit.

66. KENNEDY J. E., KANTHAMANI H., « An exploratory study of the effects of paranormal and spiritual experience on peoples' lives and well-being », *Journal of the American Society for Psychical Research*, 89, 1995, p. 249-264 (p. 260).

67. Les données empiriques invalident effectivement l'hypothèse de la « marginalité » attribuant toutes ces expériences à une population en marge. BAINBRIDGE W. S., « Chariots of the gullible », *The Skeptical Inquirer*, 3 (2), 1987, p. 33-48. Voir également : SANNWALD G., « Statistische Untersuchungen an Spontanphänomenen », *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie*, 3, 1959, p. 59-71.

68. ROSS C. A., JOSHI S., « Paranormal Experiences in the General Population », *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180 (6), 1992, p. 357-361 (p. 360).

69. HUFFORD D. J., « Commentary—Paranormal Experiences in the General Population », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (6), 1992, p. 362-368 (p. 362).

Au mieux ces vécus apparaissent dans la littérature comme des formes atténuées des hallucinations et délires habituellement attribués à la psychose. *Et c'est là toute la problématique que ce livre se propose d'analyser.* L'affirmation de Ross et Joshi est donc éminemment provocante : non seulement les théories psychiatriques ne seraient actuellement pas complètes, mais elles seraient mises en défaut par ces données empiriques qu'elles n'ont pas encore intégrées.

PLAN DE L'OUVRAGE

Cet ouvrage est composé principalement de reprises de plusieurs articles publiés indépendamment, faisant écho les uns aux autres, parfois avec certaines redondances inévitables. S'approchant d'une anthologie, ce livre est construit selon une certaine unité thématique et une progression suivant l'histoire des idées, même si notre volonté d'analyse nous incite parfois à croiser des époques et des auteurs qui n'étaient pas appelés à se rencontrer.

Nous débutons cet ouvrage par un ancrage historique de ces problématiques en nous bornant à une période allant de 1853 – avec l'arrivée du spiritisme américain dans les salons et les journaux français⁷⁰ – jusqu'en 1953 avec la publication de l'anthologie dirigée par Georges Devereux, *Psychoanalysis and the Occult*⁷¹, signant l'apogée du courant de parapsychologie psychanalytique. Durant ce siècle, les expériences exceptionnelles feront l'objet de nombreux débats au sein de divers courants cliniques.

Tout d'abord, les discussions sur « la névrose extraordinaire » au sein de la société Médico-Psychologique de Paris évoquent certains des enjeux pour la psychologie et la psychopathologie. Nous sommes alors dans la période charnière entre le rejet par l'Académie de médecine du courant du « magnétisme animal » et sa reprise par « l'hypnologie médicale ». Si bien que la place à donner au « merveilleux psychique » est alors loin d'être tranchée. Nous utilisons néanmoins cette première réception des expériences exceptionnelles pour faire le lien avec la « clinique structurale différentielle », objet du dernier chapitre de ce livre. Le concept de « névrose extraordinaire » se révèle en effet particulièrement fécond comme alternative diagnostique pour penser des formes d'hallucinations et de délires chez des sujets non-psychotiques.

La vague d'enthousiasme pour le spiritisme américain renouvelle ce questionnement auprès de la psychiatrie française. D'abord prise dans un discours hygiéniste mettant en garde contre les tables tournantes et les pratiques de médiumnité, la psychiatrie va élaborer d'autres analyses afin d'intégrer ces expériences dans une compréhension élargie du psychisme. Les notions de *subconscience*, de *dissociation* et d'*automatisme* émergeront de ces rencontres

70. CUCHET G., *Les Voix d'outre-tombe. Tables tournantes, spiritisme et société*, Paris, Le Seuil, 2012.

71. DEVEREUX G. (dir.), *Psychoanalysis and the Occult*, New York, International University Press, 1953.

entre « spiritisme » et « folie ». Toutefois, après un temps d'hésitation, ces vécus seront presque exclusivement assimilés à des manifestations de la psychose. Ce chapitre se clôt sur l'actualité de ce même débat au Brésil où existent des hôpitaux psychiatriques... spirites !

Un autre courant de la psychiatrie dynamique, celui de la psychanalyse freudienne, se retrouvera pourtant confronté à ces mêmes manifestations de médiumnité et de « transfert de pensée ». En s'appuyant en partie sur les « sciences psychiques » de l'époque, c'est-à-dire le mouvement scientifique s'étant donné pour objectif d'élucider ces mystères dès la fin du XIX^e siècle, la psychanalyse sera à même de circonscrire une place – quoique marginale – pour ces phénomènes censés donner une illustration supplémentaire du travail de l'inconscient.

Après moult controverses, l'abord psychanalytique de ces questions aboutira à l'édification d'une sorte de mythe du « schizophrène télépathe », tentant de repérer ce qui, dans le fonctionnement de la psyché du psychotique, serait susceptible de renforcer ces manifestations télépathiques – authentiques ou délirantes. Des travaux expérimentaux eurent même lieu avec des patients hospitalisés, mais ils ne confirmèrent pas les attentes des chercheurs, sans que cela ne signe totalement la fin de ce mythème.

Ces différents épisodes historiques illustrent en définitive la complexité du rapport entre folie et paranormal, avec des débats qui prirent une place importante dans les milieux psychiatriques et psychanalytiques, jusqu'à décider de certains découpages postérieurs dans le champ des psychothérapies.

La deuxième partie de l'ouvrage aborde des dispositifs plus récents de lecture des expériences exceptionnelles en termes *paranormaux* ou *spirituels*. Nous retraçons les trajets et présupposés de trois paradigmes de la « clinique des expériences exceptionnelles » : celui de la *parapsychologie psychanalytique*, découlant directement des réflexions des premiers psychanalystes ; celui de la *parapsychologie clinique*, comme tentative d'appliquer un certain savoir parapsychologique au-delà du domaine réservé aux seuls chercheurs ; et enfin celui de la *psychothérapie transpersonnelle* comme quatrième courant de la psychologie se proposant d'accueillir les expériences religieuses et spirituelles qui ne recevaient que des interprétations réductionnistes de la part des autres courants. Chacun de ces paradigmes a ses qualités et ses défauts, au point de fournir des indications précieuses pour un potentiel quatrième paradigme capable de réussir une synthèse des précédents.

La psychothérapie transpersonnelle a également obtenu un écho à ses préoccupations au sein du DSM-IV, une classification internationale des troubles mentaux qui a donc ouvert ses pages à des « problèmes religieux et spirituels » ne devant plus faire l'objet d'un diagnostic sous certaines conditions. Le montage de cette nouvelle catégorie diagnostique nous en apprend beaucoup

sur les interactions contemporaines entre société, science, psychopathologie et paranormal, dans une *fabrique des folies* loin d'être imperméable aux influences culturelles portées par des groupes minoritaires.

Le chapitre sur la *psychothérapie spirituelle* ouvre plus largement à la question de la place de la spiritualité dans la psychologie, la psychopathologie et la psychothérapie contemporaines. Souvent la spiritualité est invoquée par ceux qui vivent des expériences exceptionnelles pour intégrer leur vécu tout en se décalant d'un regard psychiatrique perçu comme stigmatisant. Redonner une chance à une clinique intégrant la spiritualité, sans avoir à verser dans des croyances ou des pratiques marginales, est l'objectif de certains psychologues contemporains. Cette *psychothérapie intégrant la spiritualité* offre une piste pour une clinique des expériences exceptionnelles adaptée pour des cliniciens n'ayant pas à se positionner quant au statut ontologique de ces vécus.

La troisième partie aborde le regard spécifique porté sur la jeunesse au travers de cette question du paranormal et de la folie. Les pratiques occultes chez les adolescents sont connues pour leur fréquence, mais, au-delà de cette banalisation, elles restent difficilement intégrées à un modèle psychologique de l'adolescence. Coincées entre un discours hygiéniste et une fascination pour l'image d'un « adolescent mutant », ces pratiques occultes orientent vers une clinique différentielle sensible aux dispositifs imaginaires employés par les jeunes pour éviter de parler en leurs noms.

L'exemple des « enfants indigo » est probablement le plus marginal parmi ceux convoqués dans cet ouvrage. Ses racines sectaires, parascientifiques et anti-psychiatriques en font un mouvement difficile à appréhender d'un point de vue uniquement psychologique. Néanmoins, dans un contexte de psychopathologisation croissante de l'enfance et de l'adolescence, il apparaît comme une réponse sociale pour réinjecter du sens dans la trajectoire ambiguë de certains jeunes.

C'est aussi en se focalisant sur les expériences étranges durant la jeunesse que les tenants du mouvement des « entendeurs de voix » argumentent en faveur d'un pluralisme des destins possibles des hallucinations acoustico-verbales, suivant les modalités de leurs prises en charge. Qu'un jeune entende une voix, par exemple dans un contexte traumatique de maltraitance, ne veut pas dire que la psychose sera son unique horizon. Si les professionnels de l'enfance sont prêts à défendre cette suspension temporaire du couperet diagnostique, des problèmes se posent lorsque ce modèle s'étend aux expériences hallucinatoires des adultes. En militant pour une dépathologisation générale de ces vécus, ce mouvement méconnu en France a largement modifié le dialogue contemporain entre les spécialistes de la psychiatrie et ses usagers.

La dernière partie montre néanmoins que le débat est loin d'être terminé. À la tendance dépathologisante s'oppose une tendance surpathologisante qui s'est également renforcée durant ces dernières décennies. C'est d'abord la notion

de « schizotypie » qui est venue rendre compte d'expériences d'allure psychotique dans la population générale, élargissant progressivement les modèles de la psychose qui reposaient jusqu'alors presque exclusivement sur les descriptions de patients hospitalisés. L'hypothèse d'un « *continuum* psychotique » a occasionné un nombre impressionnant de travaux aux conclusions finalement contradictoires : la psychopathologie ne serait pas à même d'expliquer toutes ces expériences, puisqu'elle devrait admettre à cette fin que ces mêmes expériences puissent parfois être bénignes, voire tout à fait salutaires pour la santé mentale.

Une autre entité clinique, le « syndrome de psychose atténuée », proposée pour la cinquième version du DSM, a tenté d'intégrer tout de même ces expériences du « déréel » dans un modèle élargi de la psychose. En se basant sur des critères visant à repérer les signes précurseurs signalant un risque de psychose, en plus d'un discours prophylactique sur l'importance de traiter cette affection dès ses premières manifestations, c'est une nouvelle clinique des « états mentaux à risque » qui a vu le jour. Nous analysons ce nouveau syndrome en montrant les failles de son argumentaire et son incapacité à proposer une véritable clinique différentielle des expériences exceptionnelles.

Ce tour d'horizon sur près de deux siècles aurait pu en rester à un niveau descriptif, mais notre anthropologie clinique des marges se double d'une tentative théorique pour fonder un dispositif d'écoute et de soutien pour les personnes en difficulté avec leurs expériences exceptionnelles. C'est au moyen d'un référentiel de psychopathologie psychanalytique, influencé par les travaux de Jacques Lacan et Jean-Claude Maleval, que nous proposons dans un premier temps de dissocier *psychose* et *déréel*, ne réservant pas les hallucinations et les délires à cette seule modalité d'organisation du psychisme. En prolongeant certains travaux contemporains, nous décrivons des états ordinaires et extraordinaires des structures psychiques de la névrose et de la psychose, réhabilitant la « névrose extraordinaire » comme l'une des alternatives pour penser les modalités non-psychotiques des expériences exceptionnelles. Une liste de critères différentiels est donnée pour distinguer les modalités névrotiques et psychotiques des récits d'expériences exceptionnelles. La clinique structurale différentielle ici proposée tente d'éviter les excès des discours psychopathologiques et anti-psychopathologiques, en réinventant les relations entre normalité et psychopathologie.

Notre conclusion situe la place des expériences exceptionnelles dans la psychopathologie contemporaine, en repérant les lacunes des paradigmes ne faisant plus référence à la psychanalyse. Aussi marginales qu'elles paraissent au premier abord, les expériences exceptionnelles rassemblent des questionnements à la croisée des débats contemporains sur la part de la croyance, de la culture et des influences extra-scientifiques dans le champ clinique. Loin d'être complet, cet ouvrage aborde son sujet par des coups de sonde parcellaires, dont les limites sont finalement rappelées.