



Dynamique psychique d'un cas de radicalisation

Stéphanie Germani

DANS **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE** 2017/2 n° 49 , PAGES 259 À 272

ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1370-074X

ISBN 9782807390959

DOI 10.3917/cpc.049.0259

Date de mise en ligne : 14/12/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2017-2-page-259?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

DYNAMIQUE PSYCHIQUE D'UN CAS DE RADICALISATION

Stéphanie GERMANI*

RÉSUMÉ À partir d'une pratique clinique en centre pénitentiaire, nous entrerons dans les coulisses d'une thérapie de radicalisation. L'article développe la méthode de prise en charge, les éléments qui ont été observés lors de ces entretiens mais aussi une analyse de la dynamique psychique du patient. Ce matériel clinique apportera une réflexion nouvelle concernant ces nouveaux processus contemporains à versants sectaires et religieux. À ce jour, il n'existe aucun témoignage rédactionnel concernant l'accompagnement thérapeutique de sujets radicalisés ayant commis des passages à l'acte. Cette première tentative, telle une ébauche, tente d'apporter de nouvelles considérations théoriques et cliniques corrélées à un nouveau dispositif de soin et de prise en charge auprès de ces profils psychologiques particuliers.

MOTS-CLÉS radicalisation, prison, délire, psychose, thérapie.

SUMMARY Based on clinical experience in a correctional center, this article takes a closer look at psychotherapy with a prisoner, incarcerated after having committed acts of terrorism. It expands on the method of patient care used, different elements observed during the course of the sessions, as well as giving an analysis of the patient's psychological dynamics. This

* Psychologue clinicienne et psychothérapeute, en unité d'hospitalisation psychiatrique pour adultes, à l'EPS Barthélémy-Durand Chercheuse au centre pénitentiaire de Meaux Doctorante en psychopathologie, laboratoire UTRPP, université 13, Sorbonne Paris Cité
Courriel : sgermani.psychanalyse@yahoo.fr

clinical material could help raise a new perspective around modern sectarian and religious movements. At the moment, no other written testimony relating to therapeutic support of radicalized individuals exists. This first attempt tries to bring into account new clinical and theoretical correlations, while relating to a newfound health-care and support plan alongside particular psychological profiles.

KEYWORDS: radicalization, terrorism, prison, delusions, psychosis, therapy.

Note : « Pour respecter l'éthique, les éléments donnés concernant le patient seront, au minimum, transformés tandis que le recueil sera restreint afin de préserver l'intimité et l'identité du patient. »

Monsieur D., âgé de 30 ans est né en France, et ses parents sont tous deux originaires de la Bretagne. Il a grandi à Marseille, dans une cité où la petite délinquance était monnaie courante. À ce jour, il est incarcéré pour des faits de radicalisation en lien avec des groupes djihadistes (implication dans des attentats, possession d'armes et de composants chimiques avec explosifs artisanaux). Il séjourne entre les murs de la prison en quartier d'isolement, en attente de son procès depuis plus de trois ans.

Nous avons suivi ce patient en thérapie triangulée – deux thérapeutes de sexe différent, un psychiatre et une psychologue – afin de reconstituer la dimension œdipienne « relation aux parents » mais aussi pour favoriser la répétition d'une dynamique transférentielle et projective. À cet égard, ce dispositif ouvre une écoute bifocale présentant un intérêt particulier pour l'accompagnement des personnes radicalisées. Ce cadre permet à la fois au patient d'extérioriser sa problématique clinique, et d'offrir une dimension contenant. Cette perspective crée une alliance thérapeutique progressive. Cette notion peut se définir comme une collaboration mutuelle permettant aux soignants d'accéder à la libre association du patient, mais aussi d'appréhender la vie psychique inconsciente du sujet.

Il fallut une longue période de persévérance où le psychiatre et moi-même avons tenté de nouer cette alliance. Cette démarche visait la tentative de créer un lien de confiance entre

le patient et nous-mêmes. Pendant plus d'une année, nous tentions de faire advenir un espace de parole qui soit à la fois perçu par le patient comme un lieu d'échange, d'écoute, mais aussi de questionnement mutuel. Peu à peu, la confiance instaurée a permis à Monsieur D. de nous confier les motifs de sa conversion à l'islam ainsi que son cheminement vers la « radicalisation ». Blessé par la vie, l'injustice et par la haine du désespoir, le sujet nous laissera entendre combien, pour survivre aux différentes agonies psychiques qui le possèdent, il lui fallait se trouver et se construire une nouvelle identité. À la recherche d'un sens identitaire, il s'est persuadé d'être un « missionnaire » agissant au nom de Dieu. Sa mission de vie et son projet deviendront alors une ligne de conduite visant la « déchéance » du groupe social ; la société de consommation, décrite comme un lieu de jouissance, doit être combattue :

« Regardez nos rues, nos sœurs, nos jeunes, ils vont tous très mal. Il n'y a plus aucune limite, plus aucune autorité. Entre les consommateurs de drogue, de sexe, d'internet mais aussi avec un État qui nous leurre de plus en plus, il y a une perte de repères. On ne peut plus se construire stablement ».

À partir de cette belle réflexion sociologique que nous offre ce patient, analysons le matériel clinique afin de comprendre comment une souffrance mortifère peut conduire à un passage à l'acte criminel, au nom de Dieu, au nom d'Allah, ربكأللا.

Monsieur D., fils unique, décrit une enfance où l'ennui fut son compagnon. Malheureusement, aucun autre détail ne sera fourni concernant ses premiers âges puisque le patient ne parle jamais de cette période. Il semblerait qu'une défense massive soit pleinement installée au point que l'accès en est impossible malgré nos nombreuses tentatives. Ce qu'il raconte est davantage tourné vers son entrée dans l'adolescence, là où des frères de jeu/je sont enfin apparus. Comme il le dit : « Mes frères du quartier avec qui j'ai fait les quatre cents coups. » De manière générale, il évoque des fréquentations « malsaines » où il n'y avait pas de place pour grandir dans la cité de manière « stable ». Encadré par des parents aimants, l'autorité parentale fut, en parallèle, absente à cause du climat familial ambiant : décrivant une mère atteinte d'un cancer durant de longues années, et un père contraint de s'occuper de cette dernière. Les parents n'avaient pas vraiment l'énergie

nécessaire pour se soucier des fréquentations de leur enfant, ni même de sa scolarité. Monsieur D. nous laisse entendre la contrainte de grandir avec les « grands frères » du quartier, se sentant trop immature pour saisir combien il tombait dans un gouffre. Il le démontre d'ailleurs avec ses nombreux récits autour de diverses expériences de petite délinquance (vente de cannabis, vols, bagarres). Monsieur D. exprime de grands regrets face à la violence dans laquelle il fut entraîné, expliquant combien ses choix passés eurent des résonances sur le « mal/djinn/démon/esprit » qui le possède aujourd'hui.

Dans son discours, et avec un certain recul, l'intéressé insiste sur le côtoiement massif et néfaste de personnes « non fréquentables ». De sa perception, l'une d'entre elles l'aurait contaminé d'un mal/djinn/démon/esprit :

« Je commençais à ressentir une possession d'un ami africain qui aurait utilisé le vaudou lorsque j'ai voulu m'éloigner de lui. C'était chose fréquente dans sa famille, entre magie, culte, etc. C'est ainsi que je suis tombé dans la délinquance. Il m'a envoyé un mal/djinn/démon/esprit ».

À chaque évocation de cette dimension du « mal », le patient fera le lien avec un ressenti de « possession ». À savoir :

« Lorsque j'avais 15 ans, j'étais un mécréant ; je fumais du cannabis, je buvais de l'alcool. J'étais un petit délinquant. Je n'avais aucune limite, je ne différenciais pas le bien du mal. Personne ne pouvait me canaliser, pas même mes parents. J'ai commencé à entendre des pensées, des voix qui proclamaient du sexe à outrance. J'avais en moi de graves idées comme celle d'imaginer des sodomies avec un de mes voisins, ou encore à imaginer comment était le sexe de ma grand-mère. J'ai même pensé à des choses bizarres en regardant le corps nu d'un nourrisson. Je sais *qui* est ce mal car à plusieurs reprises Le *djinn* s'est mis à bouger dans mon corps. Il apparaissait en une boule qui circulait sur ma cheville, sur ma jambe, et qui se déplaçait dans toute ma chair. C'était horrible. Je ne comprenais pas ce qui se produisait. À plusieurs reprises, je ne pouvais sortir de mon lit car j'étais paralysé. Mon corps, je ne le contrôlais plus à cause de l'emprise qu'exerçait le *djinn*. J'étais infecté par un mal que je ne comprenais pas. Heureusement pour moi,

j'ai rencontré des personnes de confession musulmane qui m'ont fait savoir que je souffrais des signes d'une possession. Ils m'ont alors demandé de lire le Coran afin de purifier mon âme. J'ai alors commencé à étudier les écrits et j'ai saisi que le contenu était avant-gardiste. Beaucoup de chercheurs, de scientifiques ont démontré que certains versets ne pouvaient être écrits par la main des hommes. Voyez, il y a des passages sur le développement embryonnaire humain, sur le cerveau, sur la cosmologie, etc. Il y a des vérités scientifiques que l'humain ne pouvait connaître durant cette époque. Certaines ont d'ailleurs été découvertes récemment par des chercheurs contemporains. Comment ne pas reconnaître la véracité des écrits ! Je me suis alors converti à l'islam car ce fut pour moi une révélation. Tout me paraissait clair, tout prenait un sens. Chaque chose de mon histoire de vie avait enfin une raison d'être. Il me fallait passer par toutes ces épreuves pour comprendre que Dieu était là ».

Durant son incarcération, le patient nous fait savoir que le « mal » dont il souffrait est toujours présent. Il doit alors suivre des rituels bien spécifiques afin d'affaiblir « l'entité qui [le] possède ». Plusieurs prières et ablutions sont effectuées au cours de la journée. Il bannit aussi la télévision et la radio : « pour éviter toutes sortes d'excitations stimulant les voix, les attaques ». Pour finir, des lectures religieuses sont devenues son quotidien afin de « se nourrir de la force divine ». Précisons qu'à différentes reprises, le patient a tenté de nous influencer sur la nécessité de nous intéresser aux écrits du Coran, de nous « nettoyer », mais aussi de « laver notre âme ». Durant une séance, ce dernier m'a demandé de lire un ouvrage qui répertoriait toutes les études scientifiques faites sur le livre sacré. Les écrits relataient des contenus validés et reconnus par des « scientifiques ». La lecture de l'ouvrage fut, à vrai dire, fort intéressante, ne relatant aucun discours de haine, ni de violence. Bien au contraire, les éléments étaient rassurants, bienveillants et scientifiquement acceptables. De ce fait, comment expliquer qu'une dérive sectaire puisse advenir si violemment dans la vie psychique du patient, et dans celle de beaucoup d'autres ?

Depuis les derniers attentats en France, de nombreux mots sont employés pour pointer certaines dérives autour de l'islam. Tour à tour, ces expressions se sont mélangées, se sont

confondues : « fondamentalisme, radicalisme, intégrisme, islamisme, salafisme », etc. Pour définir véritablement la question qui nous incombe dans cette étude et cette recherche clinique, il me semble préférable d'utiliser une préposition plurielle : *des* processus de radicalisation. En effet, il ne s'agit en aucun cas *d'un* processus en action mais de divers processus. Ils sont multiples. À vrai dire, il en existe plusieurs, et voici comment cliniquement décliner cette typologie dans l'analyse des mécanismes inconscients :

- de manière manifeste, considération intangible des textes sacrés. De manière latente, absence du doute ;
- de manière manifeste, attitude d'esprit d'une intransigeance absolue. De manière latente, rigidité de la pensée, rigidité de la personnalité ;
- de manière manifeste, véritable idéologie politique. De manière latente, fantasme omnipotent ;
- de manière manifeste, lecture littérale des sources. De manière latente, trouble de la fonction d'élaboration – côté primaire de l'interprétation ;
- de manière manifeste, application figée de la *charia*. De manière latente, fixation obsessionnelle ;
- de manière manifeste, quête vers le retour à la religion pure des anciens. De manière latente, recherche de la fonction paternelle.

En parallèle à la sémiologie, il semble nécessaire d'analyser l'intra-psyché du sujet. Plus précisément, de pouvoir saisir les dimensions psychiques et fantasmatiques qui l'agitent. Ces dernières étant l'essence même des processus en question. À partir de la thérapie de Monsieur D. et du cadre thérapeutique, abordons les différents mouvements significatifs qui se sont produits.

Première phase – Excitabilité des fonctions maternelles et aveuglement du père (déni)

Lors des premiers entretiens, le patient fut très distant à mon égard en tant que sujet femme. Il n'y avait aucun contact visuel, aucun contact corporel comme celui de se serrer

la main et encore moins de communication verbale. J'étais inexistante dans le lien, comme mise à l'écart de la thérapie. Dans son discours conscient, ce comportement était relié aux prédications coraniques, à savoir, éviter toute tentation par l'intermédiaire du non-contact. Au sens psychanalytique du terme, pouvons-nous percevoir la projection/transfert de la relation primaire et dangereuse reliée à la représentation maternelle ? Part d'excitabilité que l'on retrouve dans le concept préœdipien autour de l'imaginaire maternel archaïque. Pour le sujet, malheureusement, le registre pulsionnel fut, semble-t-il, si « effractant », telle une élaboration impossible, que le « non-lien » (en tant que défense) fut omniprésent dans la thérapie. Autrement dit, par l'aboutissement du gommage de la fonction du thérapeute-mère. Cette perspective hypothétique permettrait d'expliquer la mise en place des mécanismes de défense actuels concernant son rapport au féminin.

Dans la relation entre le patient et le psychiatre (figure paternelle), s'observe un « collage » pleinement manifeste. La fascination exacerbée envers le psychiatre est évidente, jusqu'à la moindre observation des détails et des mouvements du soignant au cours des entretiens successifs. Quant au contre-transfert du praticien, nous pourrions qualifier celui-ci « d'aveuglant » au point d'être dans le déni massif de la reconnaissance des signes psychiatriques du patient. Durant cette phase, le professionnel semblait se déloger de sa pratique habituelle, en faisant abstraction de ses fonctions d'évaluation. Cette dynamique rappelle le comportement paternel, à savoir la défaillance de la fonction du père corrélée aux transgressions délinquantes du fils (en effet, celui-ci était trop occupé à gérer la maladie de sa femme, engendrant une non-transmission des limites et du cadre).

Par l'investissement du patient envers les figures des thérapeutes, on note la projection d'une dynamique particulière, à savoir une image maternelle trop excitable et une image paternelle démissionnaire.

Deuxième phase – Agressivité envers le féminin et homosexualité latente

L'intérêt du patient auprès de la thérapeute femme est apparu face à la gêne provoquée par ma présence, au point de

questionner sans cesse mon rôle et mon identité : « Vous faites quoi, au juste, en prison, vous ? », « Vous mettez des pantalons moulants alors que vous travaillez avec des hommes. », « Le maquillage des femmes est une parade de séduction. » Le patient était à la fois obnubilé par mon « être » et interrogatif de mes mouvements. Dans ses interrogations latentes non résolues – que le patient aurait pu verbaliser par : Qu'est-ce qu'elle me veut ? Qui est-elle ? – son comportement ne laissait que supposer une forme d'agressivité face à la dimension de cet autre sexe, de cet Autre différent. Cette énigme ne pouvant faire sens, elle engendre une dimension de tension et de violence interne chez l'intéressé. Tout un arsenal défensif est utilisé : pas de contact visuel, pas de toucher, etc. Pour cela, le patient est obligé d'utiliser toutes sortes de convictions religieuses pour comprendre le motif de son incapacité à se confronter à l'excitation angoissante que provoque la femme. À titre d'exemple, lors d'une séance, le psychiatre eut l'obligation de s'absenter en urgence. Je fus alors contrainte de rester seule avec Monsieur D. Voici une partie de son récit :

« Vous ne devriez pas traîner par ici. La prison, c'est le lieu des possédés. Vous ne savez pas quel *djinn* vous pourriez avoir en face de vous. Par exemple, parfois, certains *djinns* demandent de tuer [...] C'est par la prière et par la purification de mon âme que j'ai le contrôle sur ces forces maléfiques. Sans cela, je serais soumis à leur folie ».

Pour ce qui concerne la relation avec le psychiatre, une symbiose a débordé le cadre thérapeutique, laissant place à de la séduction, de la fascination et à une relation intense entre les deux protagonistes. Durant cette phase, de nombreux souvenirs vont resurgir, notamment un vécu de situations de promiscuité avec des hommes plus âgés (voisin, professeur, entraîneur sportif, etc.). Durant ces moments d'échanges avec ces derniers, selon son interprétation, des « voix » se sont manifestées pour la toute première fois avec des thématiques sexuelles à versant homosexuel : « Tu aimerais une sodomie ? », « Il cherche à te faire une fellation. », etc. Pour Monsieur D., ses pensées, ses fantasmes, non maîtrisables, furent vécus comme insupportables. Le mécanisme de projection – bien connu dans le champ de la psychose – permit de rejeter à l'extérieur toutes ses représentations et ses

pensées ressenties comme désagréables. Les voix deviennent une sorte de bénéfice secondaire : elles appartiennent à quelqu'un d'autre, et non plus au patient par l'intermédiaire de la construction hallucinatoire.

L'analyse de ces éléments démontre combien les dimensions sexuelles et homosexuelles ne peuvent être élaborées. Les causes proviennent des carences identificatoires qui découlent d'une introjection d'images parentales non contenant. Elles sollicitent un sentiment d'envahissement angoissant. La projection est alors utilisée comme moyen de défense plutôt que le refoulement ou la sublimation. Face à ce corps pulsionnel qui lui échappe, Monsieur D. semble ne pouvoir se stabiliser sans passer par la recherche d'un père substitutif, voire d'un dieu, pouvant donner du sens à ses coordonnées identitaires.

La troisième phase – Père (réel et symbolique) défaillant et imago maternelle persécutrice

Durant cette période, nous pourrions évoquer l'inversion des rôles, à savoir que la figure paternelle devenait « idiote » et « inconsistante », au point que le patient était celui qui en savait plus que le psychiatre. La dimension du maître et de l'élève fut alors inversée. À titre d'exemple, à différentes reprises, le patient notifiait les incohérences des propos de son interlocuteur, mais aussi interrogeait-il les « erreurs » du professionnel. Toute une remise en question eut lieu envers les comportements du thérapeute homme qui n'apparaissait plus à la hauteur du fantasme de Monsieur D. Cette manifestation démontre combien le substitut paternel devient défaillant, laissant entrevoir une éventuelle répétition de la problématique relationnelle au géniteur mais aussi aux limites. En effet, et d'une certaine manière, le patient attaque l'autorité et le cadre du psychiatre, de cet autre pair/père.

L'investissement du patient concernant la figure du thérapeute femme prit une nouvelle tournure sous forme d'un revirement flagrant. L'intéressé s'autorisait à me regarder droit dans les yeux, brisant l'interdiction primaire qui avait été énoncée dès le premier entretien, acceptant par ailleurs de donner du crédit à mes interventions. Durant toute cette

période de transfert positif à mon égard, le patient évoque de multiples expériences relationnelles passées avec des femmes, apparaissant comme des « prédatrices sexuelles ». Il évoque alors les femmes qui bronzaient seins nus face à la mer, des jeunes filles aux discours ambigus, des dames qui étaient dotées d'arsenal de séduction, etc. La question de la sexualité féminine semble alors prendre place dans la vie psychique du patient de manière envahissante et persécutrice. Cette charge d'excitation, provoquée par ces différentes rencontres, l'aurait précipité durant la même période dans la transgression violente avec les passages à l'acte délictueux.

Au fil des consultations, le psychiatre et moi-même avons remarqué combien la rencontre avec l'islam – pour ce patient et pour un grand nombre de personnes incarcérées pour les mêmes actes sectaires – apparaît comme une tentative d'accroche à une « vérité inébranlable ». Celle-ci permettant d'éviter les doutes et d'écarter les angoisses d'anéantissement. Dans ce type de profil psychologique, nous pouvons répertorier plusieurs formes de délires dont trois majeurs qui sont utilisés comme moyen de défense :

- **délires passionnels à versant érotomane** : le sujet est persuadé que l'Autre (Dieu) lui déclare son affection et ses attentes par le biais de différents messages qu'il faut mettre à exécution. Cet Autre apparaît comme une obsession et il devient le moteur de divers passages à l'acte (violence hétéro-agressive, crime passionnel, actes sociopathiques) ;
- **délires de revendication (à thématiques religieuses)** : ils se définissent comme une volonté irréductible de faire triompher une « vérité » que la société se refuse à satisfaire. Ils sont le fruit d'une conviction inébranlable d'avoir accès à une découverte grandiose qui doit être reconnue de tous ;
- **délires de persécution** : ils représentent la certitude que quelqu'un lui veut du mal. Les thématiques religieuses apparaissent dans les processus de radicalisation : *djinn*, vaudou, mécréants dangereux, etc. deviennent de mauvais objets qui persécutent.

Comme l'écrivait Lacan (1966) : « Le délire est une tentative de guérison ». Monsieur D. témoigne d'une ténacité revendicatrice à détenir la vérité « religieuse » au point qu'il faille « éliminer » les mauvais objets (mécréants) pour

sauver le nom d'Allah. Si nous regardons de plus près, toutes les dimensions fantasmatiques, incestueuses, sexuelles, pulsionnelles, etc. sont rejetées vers l'extérieur sur la figure du double : figure du *djinn*, du diable, de l'État, du mécréant, etc. Ce processus vise à écarter les pensées angoissantes et il offre un gain d'économie psychique face aux élaborations multiples que demandent les diverses représentations externes. Par exemple, lorsque le patient éprouve un fantasme de sodomie pendant qu'il est en compagnie de son voisin, il ne peut interroger ce mouvement, il ne peut non plus se laisser « vagabonder » dans le fantasme, ni même le refouler ou le sublimer. Il dénie ses pensées en les réattribuant à d'autres : « Ce n'est pas à moi, c'est à lui, c'est au *djinn*. » Ce type de mécanisme psychique témoigne d'une difficulté à accepter la partie inconsciente – avec tout ce que cela incombe – comme une partie intégrante du Moi. Nous pouvons alors parler d'un clivage du Moi, de l'identité, avec comme résonance un clivage de l'objet : les bons et les mécréants. Ces données concernant un imaginaire nourri par une fantasmatique corporelle très pulsionnelle (que le patient vit comme des excitations incontrôlables/sales/dégoûtantes) font écho à une menace d'effondrement et de rupture identitaire.

En effet, toute la dimension pulsionnelle, qui apparaît comme envahissante et qui ne peut être élaborée par Monsieur D., provoque de nombreux troubles, notamment des symptômes hystériques (boule qui se balade dans le corps), des rituels de type obsessionnel (avec les diverses ablutions et prières obligatoires chaque jour et chaque nuit) mais aussi des hallucinations auditives reliées au clivage du Moi (voix qui appartiennent à un autre). À partir des écrits se trouvant dans le Coran, des limites sont alors posées, du sens est alors donné avec, en plus, un cadre de vie positionné. Le patient explique clairement combien il a trouvé et compris la notion du bien et la notion du mal. Selon lui, sa conversion religieuse lui apporte un changement de vie, notamment du fait de ses nouvelles croyances. Il décrit d'ailleurs que son rapport au sexuel, que sa consommation de cannabis et d'alcool, que son rapport à la violence et à la transgression sont à présent régulés par sa foi, par ses convictions et ses idéaux. Ce renversement peut être entendu comme bénéfique au prime abord, puisque ses nouvelles convictions contiennent certaines « explosions »

pulsionnelles. Cependant, cet aspect nous donne aussi la sensation de ne pouvoir qu'observer, en tant que praticien, la fragilité de l'identité et des assises narcissiques du patient. En effet, il est une chose de posséder des croyances « religieuses » et il en est une autre de posséder des convictions inébranlables et revendicatrices. Comme il est une chose de croire en Dieu et il en est une autre de se croire guerrier de Dieu. Il y a bien là une grande différence clinique entre les fantasmes névrotiques et les convictions délirantes, que nous soyons du côté des classifications psychiatriques ou bien du côté des outils d'analyse qui sont apportés par la psychanalyse.

Les éléments délirants sont comme des tumeurs malignes qui refoulent la pensée logique (Guiraud, 1950). Si nous en croyons la définition des manuels psychiatriques et des manuels diagnostiques et statistiques des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), les convictions religieuses auxquelles un sujet adhère, et qui apparaissent comme inébranlables, ne laissant aucune autre possibilité d'interprétation que celle donnée par le sujet en question, sont considérées comme pathologiques. Il est indiqué aussi que les thématiques que nous pouvons classer dans la catégorie « délire » sont toujours accompagnées par des troubles de la perception (hallucinations psychosensorielles et/ou psychiques) avec des troubles de la pensée (trouble du jugement, de raisonnement). Du côté des apports psychanalytiques, Freud (1933) dévoile un axe de réflexion autour des aspirations mystiques dans son texte sur une névrose démoniaque. Selon lui, il suffit qu'un sujet se trouve fortement saisi par le discours de certains idéologistes qui sont attachés à des croyances « naïves, ancestrales et religieuses » pour qu'apparaissent massivement des symptômes dits « spirituels ». Il note que ces types de symptômes sont une tentative de chercher la présence du Père. D'ailleurs, il intitulera l'un de ses chapitres : « Le diable substitut du Père ». À partir de la dimension du double et de la projection, les démons représenteraient les désirs mauvais, les éprouvés désagréables. Selon ses observations, les figures diaboliques incarnent les impulsions repoussées, et elles se manifestent à travers une particularité décrite comme « un processus psychique qui nous est bien connu, la décomposition d'une représentation impliquant opposition et ambivalence en deux contraires violemment contrastés (clivage de l'objet) ».

Il évoque alors les représentations opposées entre Dieu et le diable, les anges et les démons. Ces contradictions dans la nature primitive des croyances religieuses seraient le reflet de l'ambivalence qui domine les rapports de l'individu avec son père. Selon les apports freudiens, lorsqu'un sujet s'accorderait à une religion, celui-ci porterait l'empreinte d'une relation particulière à son propre père (réel et symbolique).

Pour conclure, l'analyse de cette prise en charge thérapeutique nous a permis d'entendre combien les convictions religieuses inébranlables avec la formation des délires passionnels, revendicatifs et persécutifs seraient corrélées à un défaut concernant *la métaphore paternelle* (Lacan, 1951). Celle-ci semble avoir échoué (forclusion). Lorsque le patient témoigne de son incapacité à saisir la dimension du bien et du mal, ou bien de son absence de limite et de cadre – sans passer par l'accroche religieuse – nous observons l'échec manifeste des signifiants paternels. Le registre symbolique ne pouvant être élaboré, souligne combien des mouvements psychotiques sont à l'œuvre dans les processus de radicalisation. Dans cette quête de sens, dans cette quête identitaire, dans ces appartenances sectaires, il y a bien une tentative d'accéder au symbolique qui échappe au sujet. Ces convictions religieuses laissent percevoir une recherche de guérison, malheureusement, les convictions délirantes démontrent pleinement un échec dans la tentative. De ce fait, le registre du passage à l'acte au nom de Dieu ne pourrait-il pas se traduire cliniquement par le passage à l'acte au Nom-du-Père (Lacan, 1951) ? Dans ce sens, le sentiment de possession décrit par le patient pourrait « dessiner » sa position subjective qui est menacée par des retours d'expressions pulsionnelles, non organisées. La crainte de l'envahissement et de la dépossession est alors sur le devant de la scène. Ainsi, les processus de radicalisation peuvent être interrogés comme une radicalisation de la violence devenant, dans notre cas clinique, légitime, dans la mesure où la sollicitation pulsionnelle reste peu transformable en matériaux psychiques internes. Ces éléments, qui ne sont pas intégrés par le Moi (en logique subjective), reviennent vers le sujet sous forme de délires comme une expérience de possession/dépersonnalisation.

N.B. : Depuis la proposition de parution de cet article, le jugement a eu lieu. Le procureur a requis une peine de prison à

perpétuité assortie d'une période de sûreté de vingt-deux ans. Cette précision permet de notifier combien un grand nombre de sujets incarcérés pour des passages à l'acte à versant sectaire sont soumis à des éléments délirants qui apparaissent à bas bruits. En effet, c'est uniquement dans le lien thérapeutique que la dynamique psychique du sujet est véritablement apparue. Tous les éléments délirants qui ont été notifiés dans cet écrit n'ont été perceptibles ni lors des expertises, ni même pendant le procès. Ceci ne retirant en rien la responsabilité du sujet dans sa radicalisation de la violence, mais il est important de le préciser.

Remerciements à Monsieur Senechal Stéphane (expert-psychiatre) pour son travail de transmission et son investissement clinique, sans qui ma pratique carcérale serait restée fantasmatique.

Bibliographie

- J. BEAUDE, *La mystique*, Paris, Éditions du Cerf, 1990.
- S. FREUD, « Une névrose démoniaque au XVII^e siècle », dans *L'inquiétante étrangeté et Autres essais*, Paris, Gallimard Folio Essais, 1985.
- S. FREUD, « Le Moi et le Ça », dans *Essais de la psychanalyse*, Paris, Payot et Rivages, 2001.
- S. FREUD, « Pour introduire le narcissisme », dans *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 2005.
- P. GUIRAUD, *Psychiatrie générale*, Paris, Le François, 1950.
- J. LACAN, « D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose », *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1966.
- A. POROT, *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, PUF, 1969.
- A. VERGOTE, *Psychologie religieuse*, Paris, Collection Psychologie et Sciences Humaines, 1966.