Chapitre 6

Patients et psys face à l'exceptionnel

Marius et Françoise, médiums malgré eux

Renaud Evrard

Introduction

Il est connu depuis longtemps que des personnes font des expériences qu'elles interprètent de façon paranormale : sortie du corps, expérience de mort imminente, transmission de pensées, observation de fantômes ou d'ovni, etc. On sait également, depuis la fin du XIX^{e} siècle, qu'un nombre important d'individus issus de la population générale font l'une de ces expériences au moins une fois au cours de leur vie (Sidgwick *et al.*, 1894 ; Castro *et al.*, 2014). Ainsi, selon un récent sondage, 32 % des Français ont déjà vécu un phénomène paranormal (Rauscher, 2015). Or, même si ce n'est pas systématique, ces vécus hors normes peuvent mettre en difficulté ou s'associer à des problématiques psychopathologiques. Vers qui se tourner lorsqu'on a besoin d'aide pour une telle expérience ?

Pour être précis, il est nécessaire de distinguer les croyances au paranormal et les expériences exceptionnelles (ExE), car les unes ne vont pas nécessairement avec les autres (Irwin, 2009). La dynamique d'une ExE peut être décrite en plusieurs étapes (Evrard, 2015) : un individu va d'abord faire une expérience qui dissone avec son Modèle de la réalité, c'est-à-dire sa représentation de la normalité (Fach *et al.*, 2013). Il va ensuite lutter cognitivement et émotionnellement pour gérer cette dissonance. Enfin, il pourra réduire son effet perturbateur soit en s'ouvrant à un nouveau paradigme, soit en trouvant le moyen de la réintégrer dans le paradigme antérieur. Ainsi, une ExE ne conduit pas toujours – et rarement dans l'immédiat et de façon permanente – à adhérer à une croyance. Le renforcement du paradigme antérieur semble aussi être une alternative viable pour certains individus, par exemple ceux qui profitent du conformisme ou de soutiens sociaux. Ces deux types de réduction de la dissonance peuvent être adaptés

ou pathologiques, c'est-à-dire que le choix opéré peut avoir des répercussions positives ou négatives qui sont indépendantes du type d'expérience en question.

L'adhésion à des systèmes de croyance paranormale pousse souvent à aller voir du côté des dispositifs alternatifs (Mayer et Gründer, 2011 ; Evrard, 2017) : voyants, médiums, groupes spirituels, etc., qui renforcent ces interprétations et peuvent même engendrer des formes d'addictions (Grall-Bronnec *et al.*, 2015). Mais, depuis quelque temps, une offre spécialisée a été développée au niveau international : la clinique des « expériences exceptionnelles » (Kramer, Bauer et Hövelmann, 2012). Celle-ci propose une « thérapie normale » (associée aux divers courants psychothérapeutiques) à des désordres perçus comme « paranormaux ». Elle s'appuie sur une connaissance des travaux dans le champ de la parapsychologie et de la psychologie anomalistique (par exemple, Cardeña, Lynn et Krippner, 2013), tout en s'en dégageant par une visée clinique centrée sur le point de vue subjectif du patient (Evrard, 2014). Une telle offre a-t-elle sa place aux marges de la clinique ?

1 Vignette clinique

Pour donner un exemple de l'articulation complexe entre clinique des expériences exceptionnelles, dispositifs conventionnels et alternatifs, j'ai sélectionné cette vignette clinique qui a le mérite de réunir plusieurs de mes interrogations.

Françoise, 50 ans, me contacte au sujet de son fils Marius, 8 ans, dont le papa ne vit pas avec eux. Cet enfant est arrivé tard dans sa vie (à 41 ans) et a pris une place centrale. Il a développé des troubles du comportement, mis sur le compte d'une précocité apparente (en CE2, son QI a été évalué à 140), qui l'ont amené à consulter en pédopsychiatrie. La mère elle-même, sans être psychologue, est spécialisée dans les troubles du comportement dans la relation mère-enfant. Néanmoins, dans ce cas, il y a un truc « bizarre » et les psys du Centre médico-psychologique ont déclaré « ne pas vouloir sortir de leurs rôles ». Tout le monde s'est mis d'accord pour compléter la prise en charge en renvoyant Françoise vers SOS-PSEE.

SOS-PSEE, c'est le Service d'orientation et de soutien des personnes sensibles aux expériences exceptionnelles, un service gratuit que j'ai cofondé en 2007 avec le psychologue Thomas Rabeyron. Nous avions tous les deux débuté nos thèses de psychologie clinique sur le thème des expériences exceptionnelles et avions proposé à une fondation de recherche en parapsychologie d'assurer gratuitement des consultations auprès du public nombreux qui la sollicitait.

Françoise m'a donc expliqué qu'un an auparavant, Marius avait subitement changé. D'adorable, il était devenu renfermé et très dur contre lui-même. « On ne l'a plus reconnu », affirme-t-elle. Au moindre dysfonctionnement dans son environnement, il se cachait dans un placard. Il avait des « cauchemars qui l'attaquent » et ne voulait plus dormir seul. Deux crises très fortes avaient même conduit à des tentatives de défenestration, accompagnées d'un discours de martyr : « Tu seras tranquille sans moi » ; « Arrêtez de m'aimer ». Ce comportement se maintenait à l'école où il avait l'air perdu et en venait à se taper lui-même sur la tête.

Après cinq mois dans cette situation, Françoise a commencé à faire le lien entre ces comportements et des expériences qu'elle vit depuis l'enfance : elle voit des « fantômes invisibles » qu'elle appelle « les Gens ». Ce souvenir fut éveillé lorsque Marius a désigné quelqu'un d'invisible au milieu de la pièce en disant : « Les crises, ce n'est pas moi, c'est lui ! Je ne peux pas le contrôler. » Françoise se dit habituée à ses propres « rencontres », la chose n'étant plus « conflictuelle » à un niveau conscient. Ses parents la trouvaient « marrante avec son imagination ». De son côté, elle ne trouve pas ces expériences intéressantes (« C'est comme croiser des gens dans la rue »), si bien qu'elle n'en parle jamais. Avant la naissance de Marius, elle avait tout de même évoqué la chose avec le père. Celui-ci ne tolérait pas ces phénomènes et l'avait traitée de folle et de sorcière, la replongeant dans un questionnement sur sa propre folie maléfique qu'elle tente d'éviter depuis 40 ans. Françoise refuse toute la doctrine spirite et ses implications. Il semble que ses expériences exceptionnelles aient fait l'objet d'un refoulement, voire d'un encryptage.

Elle finit par se décider à parler de ses expériences à son fils qui lui confie ressentir une présence dans la pièce, un « Autre » à qui il attribue ses crises. La mère entame alors un dialogue à trois avec l'être invisible. Elle propose de le baptiser « Gnan-Gnan » parce qu'il est « gnangnan » (plaintif et mou) et finit par ressentir elle-même cette présence invisible, parfois en simultané avec son fils dans des lieux qu'ils qualifient de « chargés ». Cela deviendra leur jardin secret, un espace absolument à eux, confirmant l'exclusion du père à plusieurs niveaux.

D'un certain point de vue, elle est convaincue d'avoir transmise à son fils cette capacité à voir les Gens. D'un autre côté, elle reste persuadée que Gnan-Gnan a un côté maléfique et cherche à posséder son fils. Françoise poursuit l'identification avec son fils, car cette histoire est l'occasion pour que « tout lui revienne ». Elle lui explique que les Gens qu'elle voit sont comme les cauchemars qu'il perçoit. Certains seraient gentils, d'autres pas, et Gnan-Gnan serait plutôt dans la catégorie des indésirables.

Après l'avoir préparé ainsi, mais sans rien lui dire, elle contacte en secret un ami « passeur d'âmes », même si elle n'aime pas cette appellation dont la connotation religieuse est trop forte, et cet ami détecte « trois âmes » autour de son fils, qu'elle rebaptise « les trois envahisseurs ». Cet ami réalise un rituel pour les « retirer à distance ». Le résultat est spectaculaire : l'état de Marius s'améliore de façon définitive 48 heures plus tard. La mère attribue ce retour à la normale à une efficacité magique (car Marius n'est pas averti du rituel en cours), sans discuter de l'hypothèse d'une transmission implicite par leur interaction. Elle est d'autant plus convaincue que son fils réalise alors un dessin (ce qui est rare à cause de sa dyspraxie) où Gnan-Gnan est représenté dans une voiture accidentée en compagnie de sa femme et de son chien, tous les trois sous forme de tâches de sang. Marius ne s'arrête pas là et donne un récit détaillé de l'accident. Face à ce récit « horrible », Françoise fait face sans se démonter, montrant ainsi une qualité maternelle dont elle-même aurait eu besoin à certains moments de sa vie. Cette histoire viendra fermer définitivement la page de Gnan-Gnan, même si les investigations entreprises ne permettent pas d'identifier un événement correspondant. La mère conclut en affirmant que, depuis, « il n'y a plus de cauchemars, plus de secrets », mettant ainsi en lien ces phénomènes et la

dimension du secret. Elle s'autorise désormais plus facilement à parler de ses propres vécus étranges, soutenue par la psychologue croisée en pédopsychiatrie, et a débuté un travail sur elle. Elle reste néanmoins ambivalente car elle a l'impression d'avoir fait face à de l'irrationnel et me demande si elle ne serait « tout de même pas un peu barjo ». Elle est parvenue à rassurer son fils qui se demandait s'il délirait, mais elle n'est pas très sûre pour elle-même. « Qu'est-ce que j'ai de plus ou de moins pour rencontrer ces gens-là ? » m'interroge-t-elle. Le travail va consister à faire le lien entre son histoire personnelle et ses expériences exceptionnelles, en somme, un travail de psychologue tout à fait banal.

2 Les expériences exceptionnelles en marge

Malgré leur prévalence élevée et la qualité des travaux qui leur sont consacrés (pour une synthèse : Cardeña, Lynn et Krippner, 2013), les ExE restent tout de même un objet marginal à la fois sur le plan scientifique et sur le plan social. Leur appréhension dans le champ clinique subit certains des effets de cette marginalité. Je propose d'utiliser les recherches qualitatives récentes de deux psychologues anglaises pour cerner ce problème sous plusieurs angles : du point de vue des patients vivant des ExE, des thérapeutes qui le reçoivent, des thérapeutes en formation et des thérapeutes qui vivent eux-mêmes des ExE.

2.1 La perspective des patients

Elizabeth Roxburgh et Rachel Evenden sont deux psychologues, enseignantes et chercheuses, membres du Centre d'étude des processus psychologiques anormaux, à l'Université de Northampton. Leur travail s'appuie sur plusieurs méthodes qualitatives qui permettent de dégager des hypothèses à partir d'une analyse thématique de verbatim d'entretiens. Cette méthode est particulièrement indiquée pour le défrichage de champs nouveaux (Kivits *et al.*, 2016). Même si ces méthodes, appliquées rigoureusement, sont reconnues en psychologie, le résultat final ressemble à la conclusion d'une enquête ethnographique réflexive sur la clinique des expériences exceptionnelles.

La première étude porte sur les personnes qui font la démarche de chercher de l'aide suite à une ou plusieurs ExE (Roxburgh et Evenden, 2016b). Le titre mentionne cette expression, due à l'un des participants : « La plupart des gens pensent que t'es barjo », ce qui n'est pas sans faire écho au questionnement de Françoise. Les recherches antérieures avaient établi qu'une majorité d'individus n'étaient pas satisfaits par la prise en charge qui leur avait été proposée dans ce cas de figure (Taylor, 2005 ; Eybrechts et Gerding, 2012). Les doléances principales étaient les suivantes :

- impression de n'être pas vraiment pris au sérieux ;
- impression de ne pas être accepté ;
- impression que l'expérience n'est pas explorée ;
- aggravation des problèmes qui avaient motivé la consultation.

Pour cette étude, huit individus ayant eu au moins six séances avec un thérapeute après une ExE participaient à un entretien semi-directif d'environ une heure. L'en-

semble des verbatim fut soumis à une analyse thématique inductive qui dégagea quatre thèmes principaux, chacun comportant plusieurs sous-thèmes (indiqués en italiques).

2.1.1 « Pourquoi tu t'intéresses à ce truc farfelu ? » : la peur de la labélisation

Les patients évoquent en premier lieu la mauvaise réputation associée à ces expériences. Même s'ils ne sont pas ou plus d'accord avec les préjugés communs, ils ont *intériorisé les tabous culturels*[1]. Cela passe généralement par la question « Suis-je fou ? » ; et cet *auto-diagnostic de « folie » ou d'anormalité* est source d'une inquiétude qui redouble celle portant sur la nature de l'expérience vécue (Schetsche, 2003). Dans nos sociétés, il est inutile d'expliquer à quelqu'un qui a vu un fantôme qu'il pourrait avoir halluciné, puisqu'il a habituellement suspecté lui-même cette hypothèse. Peut-être l'a-t-il écarté, ou peut-être est-il encore indécis. Quoi qu'il en soit, le témoignage d'une ExE est porteur de cet enjeu émotionnel et identitaire : la peur de la labélisation, c'est-à-dire *la peur que les autres – en particulier les autorités cliniques – confirment cet auto-diagnostic.* Entrer dans une catégorie connotée péjorativement (schizophrène, menteur, crédule…) semble si éprouvant que les patients reconnaissent avoir mis en place une *stratégie de dissimulation de l'expérience pour éviter stigmates et préjugés.* Ils ne vont pas confier leur vécu d'ExE comme ils le feraient avec n'importe quelle autre expérience dans leur vie, quand bien même celle-ci prend une grande importance pour eux.

2.1.2 « C'était comme se taper la tête dans un mur de briques » : le dilemme dans la recherche de soutien

Certaines personnes parviennent à garder leurs ExE pour eux, à les intégrer dans leur vision du monde sans aide extérieure, ou à trouver un confident suffisamment soutenant. D'autres vont être plus en difficulté et vont chercher à s'informer sur le sujet (Fach *et al.*, 2013). Les ExE peuvent également devenir des motifs de consultations dans le champ médico-psychologique, en particulier pour renforcer le rejet de l'auto-diagnostic de folie. Mais c'est là que l'affaire se corse, que l'on peut avoir l'impression de se confronter à « un mur de briques » : les patients expriment leur *frustration du fait du manque de services accessibles réputés « ouverts d'esprit ».* Ils ont intériorisé l'idée que les professionnels de santé ne sont pas tous égaux face aux ExE, car seuls certains seraient bienveillants à leur égard, dont une partie seulement d'entre eux aurait bénéficié d'une formation adaptée. Dès lors, ils *réinventent une hiérarchie des professionnels* qui pourraient leur venir en aide à partir de leurs propres représentations des ExE. Ainsi, Roxburgh et Evenden donnent l'exemple de James qui affirme avoir besoin d'en parler à un clinicien, mais se demande s'il ne ferait peut-être pas mieux de rejoindre une sorte de groupe bouddhiste… Par anticipation ou suite à des échecs thérapeutiques, ce dilemme pousse les patients à adopter la *stratégie du pluralisme thérapeutique : ils font le tour des possibles soutiens afin de se sentir à l'aise.* Les dispositifs conventionnels et alternatifs sont parfois consultés simultanément, comme dans le cas de Françoise, afin de n'être pas à la merci d'une vision restreinte ou trop négative des ExE traversées.

1. Dans ce chapitre, les passages que je souligne en italiques indiquent les points-clés qui ressortent de l'analyse thématique.

2.1.3 « C'est du genre claquage de porte » : l'écoute fermée

La réaction de certains professionnels – parfois à partir de leurs propres convictions – a fait dire à l'un des participants que « c'est du genre claquage de porte ». On peut imaginer l'impact ressenti face à un professionnel qui n'accueille pas cette souffrance qui cherche à se dire par la voix d'une personne fragilisée par ses difficultés. Le souvenir en est d'autant plus exacerbé : *lorsqu'ils expérimentent la fermeture de certains cliniciens, les patients développent le sentiment d'être isolés, écartés et incompris*. Les chercheuses anglaises reprennent l'exemple de Kian qui évoqua à son thérapeute ses vécus de synchronicité (ou coïncidences significatives : deux événements produits non par des causes aveugles, mais par une signification ou une intention jouant le rôle d'attracteur). Pour toute réponse, ce dernier lui lâcha : « Je ne crois pas à la synchronicité. » Une telle invalidation de son vécu a immédiatement entraîné chez Kian un blocage.

À titre personnel, j'ai expérimenté une forme similaire de fermeture lorsque j'ai confié à un psychanalyste pourtant réputé mon intérêt pour les expériences paranormales, alors que j'étais étudiant en psychologie. Celui-ci s'est alors senti autorisé à me parler sur un ton professoral pendant tout le reste de la séance (plusieurs dizaines de minutes) pour m'expliquer qu'il n'y avait rien de probant dans le champ de la parapsychologie (à partir de ses propres connaissances parcellaires), avant de me faire payer et de reprendre rendez-vous. Il n'est donc pas impossible que cette thématique du paranormal entraîne des réactions paradoxales chez des professionnels de l'écoute.

Face à l'écoute fermée, la stratégie généralement employée par les patients est celle du *sondage des cliniciens avant de se confier en détail*. Le patient teste l'effet de cette thématique pour repérer la posture du thérapeute, par exemple en l'évoquant indirectement, ou en affichant un fort scepticisme pour voir si le professionnel le suit dans cette voie, etc.

2.1.4 « Avoir quelqu'un qui te dit que t'es normal » : l'aide attendue

Au cours de cette étude, les patients ont également été capables d'identifier l'aide qu'ils attendaient et qu'ils ont parfois déjà reçue. Ils se sont déclarés en *recherche de normalisation, de validation voire de socialisation*, parce que ces éléments favorisent l'intégration de leurs ExE dans le monde commun. S'entendre dire qu'ils ne sont pas les seuls à avoir vécu de tels phénomènes, que ces expériences intéressent de nombreux scientifiques de par le monde… a un effet tranquillisant et rassurant, parfois suffisant pour que l'individu fasse à nouveau confiance en ses propres ressources. Bien évidemment, cela ne peut être la solution à tout. Une aide extérieure est parfois souhaitable quand l'intégration des ExE se révèle un processus lent et complexe faisant appel à plusieurs registres de la vie psychique et sociale. *Le thérapeute idéal est décrit comme ouvert d'esprit, s'abstenant de juger ou d'imposer son point de vue, pouvant explorer la signification de l'expérience, et ayant quelques connaissances sur les ExE.* C'est donc une interaction thérapeutique non directive, empathique et authentique qui est souhaitée, ce qui semble correspondre à certains des facteurs communs des psychothérapies efficaces (Chambon et Marie-Cardine, 2010). Toutefois, les connaissances de base sur les ExE sont encore loin d'être diffusées dans les formations des profession-

nels de santé (*cf.* 2.3), sauf exceptions, comme dans la formation des psychologues à l'Université de Northampton.

2.1.5 Conclusion sur la perspective des patients

Il se dégage globalement une réticence des patients à parler de leurs ExE par peur du ridicule ou du diagnostic. Cette donnée confirme les recherches antérieures sur les expériences paroxystiques [2] (Davis *et al.*, 1991), les EMI [3] (Eybrechts et Gerding, 2012) et la sensation de présence au cours du deuil (Steffen et Coyle, 2012). Or, il est connu que le stigmate social est l'un des principaux freins à la consultation d'un psy (Vogel, Wester et Larson, 2007).

Un autre constat est le manque de repères des patients dans la recherche de soutien. Les études ont bien montré qu'il n'y avait pas un profil sociopsychologique particulier des personnes susceptibles de vivre des ExE (Irwin, 2009 ; Castro *et al.*, 2014). Dès lors, il est compréhensible que l'individu tout-venant ne soit pas mieux armé que la moyenne pour cheminer dans ce secteur nébuleux. Les représentations très partagées du paranormal comme signe de folie (Evrard, 2014) font que les patients appréhendent cet écart entre ce qui serait pour eux le thérapeute idéal et ce que le circuit médico-psychologique conventionnel peut leur offrir. Cette étude met en évidence trois stratégies spontanément adoptées par ces patients désorientés : la dissimulation de l'expérience, le pluralisme thérapeutique et le sondage des praticiens. Ces différentes stratégies se combinent facilement. Il n'est pas nécessaire d'avoir déjà fait une expérience négative avec un thérapeute pour anticiper sur une telle possibilité, et donc pour adopter une stratégie de dissimulation complétée par des sondages de praticiens sélectionnés pour leur bienveillance supposée.

Le point de vue des patients montre bien la double difficulté de l'intégration des ExE. Celles-ci ont d'abord un impact direct, avec des répercussions émotionnelles et cognitives pour celui qui la vit, mais elles ont également un impact indirect sur ses relations sociales. Certaines études ont confirmé que les répercussions psychologiques étaient modulées par les niveaux perçus de soutien social et les opportunités de réduire la stigmatisation (Heriot-Maitland *et al.*, 2012 ; Brett *et al.*, 2013), sans que cela ne nous dise rien de la structure de personnalité sous-jacente.

2.2 La perspective des thérapeutes

La majorité des professionnels de santé mentale ont été en contact avec une personne relatant des problèmes associés à une ExE (Corbeau, 2004). Une estimation prenant en compte le nombre de contacts et le nombre de non-répondants évalue que chaque professionnel de santé est amené au moins une fois dans sa carrière à être abordé par une personne dont la détresse est déclenchée par une expérience exceptionnelle (Eybrechts et Gerding, 2012, p. 43). Mais 83 % de ces professionnels admettent n'avoir

2. Notion créée par le psychologue Abraham Maslow pour désigner des ressentis extrêmement positifs, par exemple de communion complète avec la nature.

3. La notion d'expérience de mort imminente (EMI) a été forgée à la fin du XIX^{e} siècle par le philosophe Victor Egger, puis reprise dans les années 1970 par le philosophe et médecin Raymond Moody sous l'acronyme NDE (*Near-Death Experiences*). Elle renvoie à diverses expériences subjectives paradoxales qui surgissent au moment où un individu croît faire l'expérience de sa mort, par exemple un ressenti de joie intense, la vision d'un tunnel avec une lumière, etc.

pas été formés à une telle prise en charge et seuls 35 % expriment le besoin d'avoir davantage de formation dans ce domaine (Corbeau, 2004). Doit-on comprendre que la moitié des professionnels se complait dans l'ignorance ?

Roxburgh et Evenden (2016a) ont interviewé pendant environ une heure huit thérapeutes, de diverses orientations, ayant en moyenne douze ans d'expérience, qui ont reçu au moins un patient avec des ExE. Une analyse thématique inductive fut à nouveau appliquée à partir des verbatim, avec une thématique générale exprimée dans le titre par cette exclamation : « Ils n'osent pas en parler. » Quatre thèmes ont à nouveau été dégagés avec des sous-thèmes à nouveau en italiques.

2.2.1 « Sonder le terrain » : réticences à confier son expérience exceptionnelle

Les thérapeutes ne sont pas dupes de la *stratégie de sondage employée par les patients avant leurs aveux*. Peut-être ont-ils su répondre de façon adéquate pour que de telles confessions puissent avoir lieu, ce qui n'est pas le cas de tous. Ils relèvent avec surprise *cette impression que le patient demande « la permission » d'en parler*, quand bien même le cadre de la thérapie encourage de fait cette parole libre. Cette autorisation spéciale pour que le cadre thérapeutique puisse contenir davantage que les maux ordinaires est facilement intelligible par les thérapeutes : *ils comprennent les appréhensions des patients quant aux stigmates portés par la société et par le champ de la santé.*

2.2.2 « Exploration, pas explication » : s'intéresser à la perspective du patient

Les thérapeutes ont relaté comment ils étaient parvenus à accueillir les ExE. Le premier principe correspond à de l'empathie : *ils ont porté de l'intérêt à la signification donnée à l'expérience par le patient.*

Le second principe correspond à une forme de neutralité, *une mise en suspens des théories du thérapeute et de la question de la réalité ontologique.* Entrer dans un débat scientifique ou religieux avec le patient n'était pas adapté dans le cadre clinique, quelles que soient les convictions favorables ou défavorables du thérapeute.

Le troisième principe renforce cette égalité de traitement : les thérapeutes affirment avoir essayé de *faire le même travail qu'avec n'importe quel autre matériel clinique.* Chercher à relier les ExE avec l'activité psychique du patient, son contexte social, son histoire personnelle… peut l'aider à créer des liens entre ses ExE et le reste de sa vie, et donc à mieux les intégrer.

2.2.3 « C'est spécial, mais ce n'est pas unique » : normalisation des ExE

Une autre partie du travail psychothérapeutique porte moins sur le cadre clinique que sur les interventions proposées. Les thérapeutes pensent avoir été utiles par leur *capacité à réhumaniser l'expérience, à informer sur son nom, sa nature, sa prévalence…* Le partage de ce bagage de savoirs, outre ses effets normalisants, encourage une approche rationnelle et responsable d'un vécu enfin pris au sérieux. L'expertise du thérapeute ne se montre pas si inaccessible, l'expérience ne serait pas si impensable pour une personne qui prendrait le temps de s'y intéresser.

L'autre point mis en avant est *la sensibilité culturelle* qui permet de contextualiser un diagnostic et une intervention en prenant en compte la singularité des représentations culturelles, c'est-à-dire en acceptant l'autre dans sa différence, sans tentative pour lui imposer une culture prétendue supérieure.

Néanmoins, plusieurs thérapeutes soulèvent des *problèmes de diagnostic différentiel* puisque les ExE sont généralement associées à des troubles mentaux graves, alors qu'elles peuvent se manifester dans de multiples tableaux cliniques qui déjouent les catégories des grandes nosographies internationales (Evrard, 2014).

2.2.4 « Être averti et armé » : se préparer à y faire face

Avec honnêteté, les thérapeutes interviewés ont eu *le sentiment qu'ils auraient dû y être préparés au début de leur formation clinique.* On perçoit néanmoins, dans le sondage évoqué plus haut (Corbeau, 2004), que peu d'entre eux seraient prêts à s'investir dans une formation complémentaire.

Les confidences de leurs patients ne les ont pas laissé dans une parfaite neutralité puisqu'ils sont plusieurs à évoquer *le besoin de normaliser les ExE non seulement dans la société, mais aussi dans le champ clinique.* La stigmatisation pathogène de ces vécus incite à leur faire un accueil au sein d'un nouveau discours social, au-delà du cadre thérapeutique, mais les moyens d'un tel déploiement ne sont pas expliqués.

Enfin, les thérapeutes estiment avec humilité qu'il est important, dans ces cas-là comme dans d'autres, de *connaître ses limites et de savoir réorienter.* La réorientation peut être particulièrement difficile car les thérapeutes n'ont pas forcément de meilleurs repères quant à la place des ExE dans le champ clinique. Dans le cas de Françoise et son fils Marius, les professionnels du Centre médico-psychologique ont jugé pertinent de « ne pas sortir de leurs rôles » en déléguant la partie « paranormale » de la prise en charge à des professionnels inconnus d'eux et avec qui ils n'avaient pas de contacts directs. Cette orientation se fait-elle davantage dans l'intérêt du patient ou dans celui du professionnel ?

2.2.5 Conclusion sur la perspective des thérapeutes

Cette étude réunit un échantillon de thérapeutes de diverses obédiences qui se montrent capables de travailler sur ces problématiques. Ils entrent sans le savoir en résonance avec les représentations et les attentes des patients (problème de stigmate social, attitude d'ouverture d'esprit et de suspension de jugement, etc.). Ils perçoivent même que leur perspective bienveillante implique qu'en tant que praticiens, ils luttent activement contre les effets délétères des préjugés. Mais comment s'y prendre ?

À titre d'exemple, l'initiative de IANDS-France interroge. Cette antenne nationale d'une organisation d'étude des phénomènes autour de la mort, principalement des expériences de mort imminente, a proposé gratuitement aux professionnels de santé une affiche à placarder dans leur salle d'attente, sur laquelle était indiquée que ce clinicien était ouvert aux questions posées par les expériences de mort imminente et qu'il était donc possible de lui en parler. C'est certes un moyen concret de lutter contre la stigmatisation sociale, mais une telle méthode pourrait avoir ses revers.

Certains patients ne pourraient-ils pas prendre peur lorsqu'un praticien affiche ainsi ses intérêts intellectuels ? Ne pourrait-il pas chercher à combler ses attentes en matière de merveilleux ? Qu'on en soit réduit à indiquer expressément qu'un thérapeute est prêt à écouter respectueusement telle ou telle expérience humaine, n'est-ce pas le signe d'un dysfonctionnement à ne pas entériner ?

2.3 Les besoins de formation des thérapeutes

Dans une troisième étude, Roxburgh et Evenden (2016c) ont approfondi un des points précédemment évoqués relatif au manque voire à l'absence de formation des professionnels en santé mentale vis-à-vis des ExE (Eybrechts et Gerding, 2012). Elles ont constitué deux groupes de discussion thématique réunissant un total de douze thérapeutes en formation, ayant entre 32 et 59 ans, ayant diverses origines et orientations religieuses. Les séances d'environ une heure étaient animées de façon non-directive. Le verbatim des échanges enregistrés faisait ensuite l'objet d'une analyse thématique, dont l'idée générale, reprise dans le titre de l'article, est l'expression d'un apprenti thérapeute : « On aurait dû nous l'apprendre. »

Les quatre thèmes dégagés reflètent cette perception d'un manque dans la formation. Les thérapeutes en formation affirment *être souvent surpris parce que c'est un sujet dont on ne parle pas.* Ils ont eux-mêmes l'impression d'être isolés et de n'avoir pas de collègues à qui s'ouvrir de leurs difficultés. L'intérêt d'un savoir minimal sur les ExE est évident pour eux : *« Il faut avoir cela dans son vocabulaire* », dit l'un d'eux.

Les deux autres thèmes portent sur la façon d'intervenir. La tendance est à vouloir *démystifier et valoriser les ExE comme des expériences humaines normales*, ce qui nécessite *a minima* de penser qu'une telle normalisation est justifiée. Mais ces thérapeutes en devenir s'interrogeaient mutuellement sur la façon de solliciter ces confidences sur les ExE : « *Faut-il poser la question ou pas ?* », c'est-à-dire faut-il spécifiquement ouvrir à ce domaine de l'expérience au cours de l'échange, ou attendre qu'il soit spontanément évoquer par le patient. Du fait des inhibitions connues et des stratégies employées, la question se pose véritablement, mais la réponse dépend des standards en terme de directivité et neutralité propres à chaque orientation thérapeutique.

Cette étude conclut, à partir de son faible échantillon, que les thérapeutes se sentent sous-équipés pour faire face à des patients en difficultés avec leurs ExE, et qu'ils attribuent cette faiblesse à un manque de formation. Ma courte expérience de l'enseignement de la clinique des expériences exceptionnelles [4] m'a donné l'occasion d'observer une réceptivité plus diversifiée. Si certains étudiants étaient très intéressés par l'originalité du sujet, d'autres ont expressément demandé à quoi cela allait bien pouvoir leur servir en tant que psychologues cliniciens. Est-ce une clinique spécialisée ou un aspect transversal de la pratique clinique ? Dit autrement : est-ce que tous les psychologues doivent avoir dans leur bagage un peu de clinique des expériences exceptionnelles, ou cela n'est-il qu'une « niche » pour les psychologues les plus curieux – dans tous les

4. Dix heures de cours magistral sur « La clinique transversale des expériences exceptionnelles » en Master 1 de psychologie, spécialité « Psychologie clinique et pathologique », en 2015 et en 2016, à l'Université de Lorraine.

sens du terme ? Il me semble évident que l'on peut être un excellent clinicien sans s'y connaître en possession, télépathie, expérience de mort imminente… Ce savoir parapsychologique paraît secondaire par rapport à des qualités d'écoute, de contenance et d'alliance thérapeutique, capables de compenser toute ignorance. Néanmoins, on ne peut échapper au problème posé par tous ces patients qui n'osent pas véritablement se confier à des psys parce que ces derniers ne montrent pas individuellement et collectivement un accueil respectueux de ces questions.

Des recherches ont montré des liens significatifs entre les ExE et des problèmes tels que les abus, les traumatismes et la dissociation [5] (Dein, 2012). Il me semble donc crucial que les thérapeutes se sentent en capacité d'explorer les significations et les fonctions de ces expériences avec leurs patients, et qu'ils puissent les aider à les intégrer et à identifier les facteurs qui ont pu les déclencher.

Il paraît également important de savoir que certaines ExE sont réconfortantes et adaptatives, et peuvent contribuer à un mieux-être psychologique (Braud, 2012 ; Wilde et Murray, 2009). Prenons l'exemple des expériences synchronistiques qui surviennent au cours de la thérapie, avant de prolonger la discussion sur la place dévolue à la clinique des ExE.

2.4 L'intérêt des expériences synchronistiques en thérapie

Roxburgh a collaboré avec deux autres de ses collègues de l'Université de Northampton, le professeur de psychologie Chris Roe et la psychologue Sophie Ridgway (Roxburgh, Ridgway et Roe, 2015) pour une étude en deux temps sur les phénomènes de synchronicité dans le cadre thérapeutique, rendus célèbres par l'exemple du scarabée donné par Jung (1952) [6].

Dans un premier temps, 226 thérapeutes ont fait l'objet d'un sondage (Roxburgh et Ridgway, 2012), et 100 d'entre eux (44 %) ont affirmé avoir observé une synchronicité au cours d'une session thérapeutique (distinguée des synchronicités impliquant des événements extérieurs au lieu de l'entretien, *cf.* Hopcke, 2009). Parmi eux, ils étaient 67 % à penser que ce phénomène avait une utilité possible pour le processus thérapeutique, et 31 % à affirmer que cette utilité était avérée.

Dans un second temps, neuf des participants au précédent sondage ont poursuivi l'étude par des entretiens semi-structurés d'environ une heure. Ils avaient entre 39 et 64 ans, et entre 5 et 22 ans de pratique selon diverses obédiences. Le verbatim de tous les entretiens a fait à nouveau l'objet d'une analyse phénoménologique interprétative. Trois thèmes principaux ont émergé, avec des sous-thèmes indiqués ci-dessous en italiques.

5. La dissociation renvoie à différents phénomènes entre normal et pathologique. Nous l'entendons ici dans sa version psychologique : elle caractérise une tendance à détacher les pensées des émotions, et plus généralement à séparer des processus psychiques habituellement intriqués, ce qui peut conduire à des états modifiés de la conscience tels que la rêverie éveillée ou l'absorption complète dans une tâche.

6. Dans cet exemple célèbre, une patiente obsessionnelle dont la cure stagne relate un rêve dans lequel un scarabée d'or joue un rôle central. Au cours de cette séance, une cétoine dorée, version européenne du scarabée d'or, se cogne contre la vitre de la fenêtre. Jung la recueille et l'offre à la patiente, dont la cure vit alors un tournant.

2.4.1 Une sensation de connexion

La survenue d'une coïncidence au cours de la thérapie est perçue par ces thérapeutes comme *un moment de rencontre*, l'impression *d'établir un contact « magique » avec l'autre*. Par exemple, un thérapeute rapporta avoir vu l'image d'une vieille maison victorienne avec une porte verte et des décorations de Noël. Il en fait part à son patient chez qui cela évoque un souvenir d'enfance dont l'écho était significatif par rapport au contenu de la séance.

Cette rencontre donne la sensation de se connecter à une autre dimension du monde, quasi-onirique, ce qui est rendu par le sous-thème *vivre la vie symbolique*. Ainsi, la thérapeute Diana discutait avec un patient métis de ses problèmes d'identité et de différence, lorsqu'une pie (à la fois « noire » et « blanche ») s'est mise à taper à la fenêtre. Ce cas offre une réminiscence du célèbre cas du scarabée de Jung : un symbole apparaît sous une forme vivante qui a une sorte de signification métaphorique pour le patient.

2.4.2 Un processus thérapeutique

Les thérapeutes interviewés font des constats qui rejoignent de précédentes recherches. Ils voient les synchronicités comme des *catalyseurs de communication* qui peuvent être associés avec des changements positifs dans la subjectivité (Nachman, 2009 ; Main, 2007). L'un des participants dira que « cela équivaut simplement à bondir par-dessus plusieurs montagnes ». Certains en retirent en effet cette impression de court-circuiter les résistances habituelles du patient en lui permettant d'accéder à une dimension profonde de sa psyché, source d'une redéfinition de soi.

Plusieurs des thérapeutes formuleront ce moment synchronique comme *une sorte d'unification* dans le cadre de la relation thérapeutique. Ce constat résulte probablement des conditions repérées comme favorables à de telles manifestations : une ouverture à la communication inconsciente, par une relation thérapeutique de qualité et émotionnellement intense et par l'accès à la symbolisation (Marlo et Kline, 1998). D'autres recherches ont montré que ces synchroncités sont observées en particulier :

- dans des situations transférentielles intenses (Beitman et Shaw, 2009 ; Hopcke, 2009) ;
- lorsque les patient ont de forts besoins de dépendance (de Carvalho, 1996 ; De Preyer, 2016) ;
- quand les patients se sentent en retrait et ont besoin de maintenir une connexion avec le thérapeute (Ullman, 2003 ; Chaperot, 2011) ;
- ou quand la thérapie atteint un tournant majeur (Hopcke, 2009).

D'une certaine façon, la synchronicité pourrait être perçue comme un outil supplémentaire dans le cadre thérapeutique, mais elle accompagnerait également ces nombreuses psychothérapies qui convoquent, par définition, des enjeux relationnels majeurs.

2.4.3 Les aspects professionnels

Tous les participants sauf un ont affirmé que ces expériences avaient eu un *impact profond sur eux*, à la fois au niveau professionnel et au niveau personnel. Nullement

préparés à ce type de manifestation par leur formation, ils se sont retrouvés dans la même situation d'inquiétude que les personnes vivant des ExE. Ce choc les a poussés à chercher une explication pour « réparer » leur modèle de la réalité. Parfois, leurs ressources intellectuelles et culturelles leur ont permis d'accepter l'incertitude qui entoure toute explication de ces vécus, et donc de faire preuve de tolérance envers l'inconnu. Certains ont reconnu en eux un sentiment de curiosité et d'excitation à l'idée de revivre ces expériences. Et quelques-uns ont eu l'opportunité de partager ce vécu avec un superviseur compréhensif.

Plusieurs thérapeutes ont néanmoins soulevé un dilemme technique : faut-il partager ou non ce vécu avec le patient, lorsque, par exemple, la synchronicité n'est perçue que par le thérapeute ou *via* sa propre imagerie ? D'après leurs expériences, ces thérapeutes ont justifié les *décisions de se confier* en fonction de nombreux facteurs : du patient, de la relation thérapeutique, du risque de focalisation sur le thérapeute, du jugement clinique, de l'intuition et de la persistance de l'imagerie. Ils ont même constaté que le thérapeute pouvait toujours faire un usage clinique de ce matériel même si le patient n'avait pas conscience de son statut. Par exemple, il pourrait être un indicateur de la qualité de la relation thérapeutique (Chaperot, 2011).

2.4.4 Conclusion sur l'intérêt des expériences synchronistiques en thérapie

Cette étude montre, à partir d'un échantillon réduit et non représentatif, que les ExE peuvent être tout aussi pertinentes mais difficiles à gérer du côté des thérapeutes. La plupart d'entre eux furent initialement sous le choc. Puis ils ont perçu que ces expériences synchronistiques pouvaient renforcer la relation thérapeutique, en symbolisant la connexion entre patient et thérapeute. Ces expériences leur ont apporté des informations sur le processus thérapeutique. Elles ont également constitué un moyen de contourner des problèmes de communication et de mieux saisir la perspective subjective du patient. Selon ces thérapeutes, il n'a pas été nécessaire de les divulguer au patient pour qu'elles se révèlent utiles, cela restant donc à l'appréciation du thérapeute.

2.4.5 Conclusion sur les expériences exceptionnelles dans le cadre thérapeutique

J'ai présenté cet ensemble de quatre études de manière à former une boucle partant de la perspective des patients vivant des ExE à celle des thérapeutes confrontés aux mêmes phénomènes, en passant par ces thérapeutes, expérimentés ou en formation, appelés à faire face à ces mêmes patients. De l'ensemble se dégage une représentation de la clinique des expériences exceptionnelles étayée empiriquement et cohérente avec ma propre expérience clinique. On y trouve des patients désorientés en quête de thérapeutes à l'aise avec cette thématique des ExE. Toutefois, faute de trouver facilement ces thérapeutes, ces patients empruntent diverses stratégies qui aboutissent à dissimuler leur existence – ou plutôt l'influence des ExE sur leur état psychologique – aux yeux du champ médico-psychologique conventionnel. C'est le cas pour Françoise et Marius dont la problématique a d'abord fait l'objet d'une lecture psychopathologique classique (troubles émotionnels et comportementaux associés à la précocité intellectuelle) avant que ne puisse jaillir la thématique paranormale intergénérationnelle. Les recours à SOS-PSEE et au passeur d'âmes exemplifient la façon dont ces patients

sont fréquemment, bien que partiellement, recueillis par des dispositifs alternatifs. Un tabou culturel semble influencer l'ensemble de ces trajectoires de soin, tabou qui place ces vécus aux marges des sociétés occidentales (Schetsche, 2003), et donc aussi aux marges de la clinique (Le Maléfan, 2014).

3 Les expériences exceptionnelles au centre

On peut légitimement s'interroger sur cette situation de marginalité qui semble desservir à la fois les personnes vivant des ExE et les thérapeutes censés les prendre en charge. Ne serait-il pas possible de recentrer la clinique des ExE de manière à s'extraire des difficultés rencontrées des deux côtés, par exemple pour limiter les risques de dérives ou d'addictions associés aux dispositifs alternatifs ? Le même problème se pose pour la clinique interculturelle qui propose d'ajuster le dispositif clinique à la culture du patient, en permettant à cette dimension culturelle de s'exprimer et d'être entendue (Kaës et Couchard, 1999). Faut-il orienter ces patients vers des dispositifs spécialisés en interculturel, aux ressources plus limitées et qui participent déjà à une forme de marginalisation, ou bien doit-on exiger des thérapeutes qu'ils prennent en compte cette dimension ?

La clinique des ExE oscille entre son statut de clinique *spécialisée* et son champ d'application qui en fait plutôt une clinique *transversale*. Il existe de plus en plus de dispositifs de clinique des ExE dans le monde, mais il n'y a actuellement aucun consensus sur les meilleures pratiques, peu d'études empiriquement fondées de leurs effets et leurs indications, et d'importantes variations pratiques et théoriques en fonction de l'enracinement culturel (Kramer, Bauer et Hövelmann, 2012). Face à ces dispositifs qui sont longtemps restés informels et isolés, des arguments apparaissent pour considérer davantage cette clinique comme transversale. Comme je l'ai déjà avancé, en moyenne, chaque professionnel de santé sera amené à rencontrer, au moins une fois dans sa carrière, un individu en détresse du fait de ses ExE (Eybrechts et Gerding, 2012). Cette pratique clinique est proche de la clinique des états mentaux à risque, car les patients se présentent souvent à un moment de transition avec des symptômes réputés psychotiques mais le plus souvent bénins et transitoires (Coehlo, Tierney et Lamont, 2008). Elle requiert donc des connaissances approfondies de clinique différentielle à partir d'une distinction entre, d'une part, expériences d'hallucination et de délire et, d'autre part, psychose (Evrard, 2014). L'autre argument en faveur d'une démarginalisation de cette clinique est la prévention de cette exposition des personnes vivant des ExE aux risques associés au domaine mal régulé des dispositifs alternatifs.

Toutefois, la clinique des ExE n'est pas encore un dispositif suffisamment bien établi pour être généralisé. Il n'existe pas encore de bases solides pour justifier son efficacité et sa pertinence. La dénomination d'une « clinique des expériences exceptionnelles » a des répercussions très complexes, engageant beaucoup de facteurs sur la façon dont les patients vont s'adresser aux cliniciens, la façon dont leurs symptômes vont être façonnés… La création d'un dispositif de clinique des ExE qui puisse véritablement fonctionner en toute neutralité, en toute indépendance des théories parapsychologiques ou transpersonnelles, n'est pas encore pleinement réalisée. L'un des obstacles est qu'à vouloir être trop neutre, on ne touche plus cette population en

quête d'alternative, mêlant leurs expériences exceptionnelles à leurs interprétations anti-psychopathologiques, parapsychologiques et/ou spirituelles (Evrard, 2014). Depuis ma position de psychologue clinicien, à l'instar de la vignette clinique présentée ci-dessus, j'ai vu comment même mes collègues n'admettaient pas être les mieux placés pour s'occuper de ce public, le renvoyant soit vers la psychiatrie, soit vers les offres alternatives, sans mettre en place une collaboration cohérente.

Un autre aspect est que les thérapies « normales » n'ont pas encore été suffisamment employées pour traiter les personnes vivant des expériences exceptionnelles. La « clinique des expériences exceptionnelles » vient de dépister une population apparemment sous-estimée, qui avait pris l'habitude de fuir ou de critiquer les circuits médico-psychologiques usuels. Cette population – bien que pas tout à fait nouvelle – invite les cliniciens à se positionner différemment face à leurs préjugés sur le réel et le déréel, face aux effets de leurs visions du monde sur leurs pratiques, de la même manière qu'ont pu le faire les populations migrantes stimulant une clinique interculturelle débarrassée de ses biais culturels.

Pour autant, cette clinique originale n'appelle pas nécessairement une thérapeutique originale. C'est là un pas de côté avec ces thérapeutiques qui, face à l'extraordinaire, répondent par de l'extraordinaire : la transe, l'exorcisme, les énergies subtiles... Certes, cette réponse est logiquement attendue par ceux qui vivent ces expériences, mais il faut pouvoir la subvertir pour vraiment faire une clinique « normale » de troubles prétendus « paranormaux ». Cette subversion est-elle systématiquement possible ? Le clinicien qui, au fond de lui, ne croît pas à l'authenticité du vécu de son patient, peut-il travailler avec ce sentiment d'« hypocrisie professionnelle » ?

Conclusion

À travers une vignette clinique et les résultats de quatre études qualitatives portant sur des échantillons restreints, nous apercevons la rencontre difficile entre les dispositifs psychothérapeutiques traditionnels et certains vécus considérés comme hors normes. Patients et thérapeutes semblent partager les mêmes représentations des ExE, de leurs liens avec les maladies mentales, et doivent franchir plusieurs obstacles pour passer outre cet objet entraînant fascination et rejet. Si ce champ reste méconnu, la question qu'il pose s'adresse à un nombre important de personnes de la population générale et donc, en toute logique, à un nombre important de professionnels de la santé. Il en ressort un paradoxe : pour accueillir ce matériel clinique si particulier, il ne serait nul besoin de développer une pratique spécifique. Tout clinicien serait susceptible d'en croiser, mais rares sont ceux qui fondent leur prise en charge sur une approche éclairée scientifiquement.

La conclusion de ce travail fait donc écho à ma propre activité clinique : je ne travaille pas si différemment en clinique psychiatrique adulte ou dans des services spécialisés pour les personnes vivant des ExE. La clinique des ExE ne se pose pas en concurrente de la clinique traditionnelle – comme peuvent l'être d'autres offres thérapeutiques alternatives –, elle se situe en son prolongement dans un dispositif se voulant plus adapté par rapport aux offres actuelles. Si des cliniques psychiatriques en venaient à remettre en cause certains discours stigmatisants sur la maladie mentale en général,

et les expériences réputées psychotiques en particulier, peut-être cela deviendrait-il possible, ainsi qu'on commence à le voir pour les entendeurs de voix (Evrard et Le Maléfan, 2013), que la clinique des ExE fasse partie de l'activité ordinaire du clinicien. N'a-t-il pas affaire tous les jours avec des personnes dont les vécus et les trajectoires sont à mille lieux de son propre parcours ou de ce que disent les manuels ? Son quotidien n'est-il pas de soutenir des personnes pour qu'elles parviennent à donner du sens à des événements qu'elles peinent à intégrer dans les schémas auxquels elles s'identifient ? En s'appuyant sur les discussions, sur la place des hallucinations et des délires dans les classifications des maladies mentales, on peut convoquer des alternatives au diagnostic de « schizophrénie » et à ses avatars (Evrard, 2014). Si bien que la clinique des expériences exceptionnelles semble conduire, au prix d'une analyse différentielle ne confondant pas expériences du déréel et psychose, à repenser la clinique conventionnelle.

Bibliographie

Beitman, B. D., Shaw, A. (2009), « Synchroners, high emotion, and coincidence interpretation », *Psychiatric Annals*, 39, p. 280-286.

Braud, W. (2012), « Health and well-being benefits of exceptional human experiences », *in* Murray, C. (dir.), *Mental Health and Anomalous Experience*, Hauppauge, NY, Nova Science Publishers, p. 107-124.

Brett, C., Heriot-Maitland, C., McGuire, P., Peters, E. (2013), « Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 53, p. 213-227.

Cardeña, E., Lynn, S. J., Krippner, S. (dir.) (2013), *Varieties of Anomalous Experiences : Examining the Scientific Evidence* (2e éd.), Washington, DC, American Psychological Association, 452 p.

Castro, M., Burrows, R., Wooffitt, R. (2014), « The paranormal is (still) normal : The sociological implications of a survey of paranormal experiences in Great Britain », *Sociological Research Online*, vol. 19, n° 3 [16].

Chambon, O., Marie-Cardine, P. (2010), *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique* (3e éd.), Paris, Dunod, coll. « Psychothérapies », 384 p.

Chaperot, C. (2011), « Phénomènes d'allure télépathique dans la relation avec des patients schizophrènes : hypothèse d'une potentielle nocivité de la pensée soignante », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 76, n° 2, p. 273-286.

Coelho, C., Tierney, I., Lamont, P. (2008), « Contacts by distressed individuals to UK Parapsychology and anomalous experience academic research units – A retrospective survey looking to the future », *European Journal of Parapsychology*, vol. 23, p. 31-59.

Corbeau, I. (2004), « Psi in de geestelijke gezondheidszorg », *Tijdschrift voor Parapsychologie*, vol. 71, n° 2, p. 10-15.

Davis, J., Lockwood, L., Wright, C. (1991), « Reasons for not reporting peak experiences », *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 31, p. 86-94.

De Carvalho, A. P. (1996), « Transference and possible spontaneous psi phenomena in psychotherapy », *Journal of the Society for Psychical Research*, vol. 61, p. 18-25.

De Peyer, J. (2016), « Uncanny communication and the porous mind », *Psychoanalytic Dialogues*, vol. 26, n° 2, p. 156-174.

Dein, S. (2012), « Mental health and the paranormal », *International Journal of Transpersonal Studies*, vol. 3, p. 61-74.

Evrard, R. (2014), *Folie et paranormal. Vers une clinique des expériences exceptionnelles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Clinique psychanalytique et psychopathologie », 354 p.

Evrard, R. (2015), « The paradigmatic breakdown : A model to define the ExE dynamics », *Journal of Exceptional Experiences and Psychology*, vol. 3, n° 1, p. 19-29.

Evrard, R. (2017), « Guérir pour de mauvaises raisons ? La clinique par des chemins de traverse », *Ethnopharmacologia*, n° 57, p. 31-40.

Evrard, R., Le Maléfan, P. (2013), « Que changent les entendeurs de voix à l'écoute des hallucinations ? I : Genèse d'un mouvement », *Annales médico-psychologiques*, vol. 171, p. 623-628.

Eybrechts, M. V., Gerding, J. L. F. (2012), « Explorations in clinical parapsychology », *in* Kramer, W., Bauer, E., Hövelmann, G. (dir.), *Perspectives of Clinical Parapsychology*, Utrecht, HJBF Publications, p. 35-48.

Fach, W., Atmanspacher, H., Landolt, K., Wyss, T., Rössler, W. (2013), « A comparative study of exceptional experiences of clients seeking advice and of subjects in an ordinary population », *Frontiers in Psychology*. DOI : 10.3389/fpsyg.2013.00065.

Grall-Bronnec, M., Bulteau, S., Victorri-Vigneau, C., Bouju, G., Sauvaget, A. (2015), « Fortune telling addiction : Unfortunately a serious topic. About a case report », *Journal of Behavioral Addictions*, vol. 4, n° 1, p. 27-31.

Heriot-Maitland, C., Knight, M., Peters, E. (2012), « A qualitative comparison of psychotic-like phenomena in clinical and non-clinical populations », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 51, p. 37-53.

Hopcke, R. H. (2009), « Synchronicity and psychotherapy : Jung's concept and its use in clinical work », *Psychiatric Annals*, vol. 39, p. 287-293.

Irwin, H. J. (2009), The Psychology of Paranormal Belief : A Researcher's Handbook, Herfordshire, University of Hertfordshire Press, 225 p.

Jung, C. G. (1988 [1952]), *Synchronicité et paracelsica*, Paris, Albin Michel, 352 p.

Kaës, R., Couchard, F. (1999), *La psychologie clinique interculturelle*, Paris, Dunod.

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., Winance, M. (dir.) (2016), *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin, coll. « U », 336 p.

Kramer, W. H., Bauer, E., Hövelmann, G. H. (dir.) (2012), *Perspectives of Clinical Parapsychology. An Introductional Reader*, Utrecht, HJBF, 320 p.

Le Maléfan, P. (2014), « Clinique de la marge et marges de la clinique. Esquisse », *Psychologie clinique*, n° 37, p. 159-171.

Main, R. (2007), *Revelations of Chance : Synchronicity as Spiritual Experience*, Albany, NY, The State University of New York Press, coll. « SUNY Series in Transpersonal and Humanistic Psychology », 284 p.

Marlo, H., Kline, J. S. (1998), « Synchronicity and psychotherapy : Unconscious communication in the psychotherapeutic relationship », *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, vol. 35, p. 13-22.

Mayer, G., Gründer, R. (2011), « The importance of extraordinary experiences for adopting heterodox beliefs or an alternative religious worldview », *Journal of the Society for Psychical Research*, vol. 75, n° 1, p. 14-25.

Nachman, G. (2009), « Clinical implications of synchronicity and related phenomena », *Psychiatric Annals*, vol. 39, p. 297-308.

Rauscher, E. (2015), « Vous avez dit bizarre ? 9 expériences paranormales décryptées par la science », *Science & Vie*, n° 1175, août 2015.

Roxburgh, E. C., Ridgway, S. (2012), *An Investigation into the Prevalence and Phenomenology of Synchronicity Experiences in the Clinical Setting*, poster presented at The Bial Foundation 9th Symposium 'Behind and Beyond the Brain', Porto, Portugal.

Roxburgh, E. C., Evenden, R. E. (2016c), « "It's about having exposure to this" : investigating the training needs of therapists in relation to the issue of anomalous experiences », *British Journal of Guidance & Counselling*, vol. 44, n° 5, p. 540-549.

Roxburgh, E. C., Evenden, R. E. (2016a), « "They daren't tell people" : therapists' experiences of working with clients who report anomalous experiences », *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, vol. 18, n° 2, p. 1-19.

Roxburgh, E. C., Evenden, R. E. (2016b), « "Most people think you're a fruit loop" : Clients' experiences of seeking support for anomalous experiences », *Counseling & Psychotherapy Research*, vol. 16, n° 3, p. 211-221.

Roxburgh, E. C., Ridgway, S., Roe, C. A. (2015), « Exploring the meaning in meaningful coincidences : An interpretative phenomenological analysis of synchronicity in therapy », *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, vol. 17, n° 2, p. 144-161.

Schetsche, M. (2003), « Soziale Kontrolle durch Pathologisierung ? Konstruktion und Dekonstruktion, außergewöhnlicher Erfahrungen' in der Psychologie », *in* Menzel, B., Ratzke, K. (dir.), *Grenzenlose Konstruktivität ? Standortbestimmung und Zukunftsperspektiven konstruktivistischer Theorien abweichenden Verhaltens*, Opladen, Leske / Budrich, p. 141-160.

Sidgwick, H., Johnson, A., Myers, F. W. H., Podmore, F., Sidgwick, E. M. (1894), « Report on the census of hallucinations », *Proceedings of the Society for Psychical Research,* vol. 10*,* p. 25-422.

Steffen, E., Coyle, A. (2012), « "Sense of presenc" experiences in bereavement and their relationship to mental health : A critical examination of a continuing controversy », *in* Murray, C. (dir.), *Mental Health and Anomalous Experiences*, NY, Nova Science Publishers, p. 33-56.

Taylor, S. F. (2005), « Between the idea and the reality : A study of the counselling experiences of bereaved people who sense the presence of the deceased », *Counselling and Psychotherapy Research*, vol. 5, p. 53-61.

Ullman, M. (2003), « Dream telepathy : Experimental and clinical findings », *in* Totton, N. (dir.), *Psychoanalysis and the Paranormal*, London, Karnac, p. 15-46.

Vogel, D. L., Wester, S. R., Larson, L. M. (2007), « Avoidance of counseling : Psychological factors that inhibit seeking help », *Journal of Counseling & Development*, vol. 85, p. 410-422.

Wilde, D. J., Murray, C. D. (2009), « The evolving self : Finding meaning in near-death experiences using interpretative phenomenological analysis », *Mental Health, Religion & Culture*, vol. 12, p. 223-239.