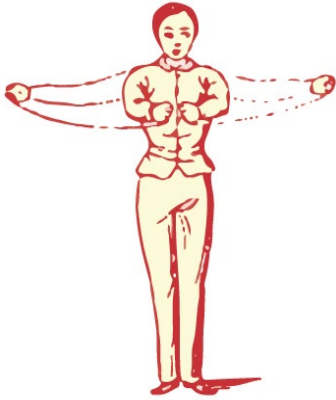


« La folie du doute (avec délire du toucher) »¹

S'en passer, s'en servir²



Armelle Guivarch

Henri Legrand Du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre et du Dépôt de la Préfecture de police de Paris, (1830-1886) fait paraître en 1875, une monographie : *La folie du doute (avec délire du toucher)*.

Dans le titre, il y a folie et délire : deux termes qui ont trait aux psychoses. Le terme de folie à la fin du XIX^e siècle recouvrait à peu près le champ des psychoses. Ces deux termes, nous les trouvons aussi dans le tout dernier enseignement de Lacan : « Tout le monde est fou, c'est-à-dire délirant »³. Tous nos discours ne sont que défenses contre le réel.

C'est une entité intéressante car ce tableau clinique est parfois difficile à distinguer de la névrose obsessionnelle.

La « Folie du doute » est rarement évoquée dans nos sections cliniques.

La folie du doute (avec délire du toucher)

H. Legrand Du Saulle la classe parmi les folies avec conscience. Deux signes cliniques prédominant, une interrogation mentale produite par le doute et la crainte du contact de certains objets extérieurs.

Elle évolue en trois périodes :

1) Première période : le début remonte souvent à l'âge de la puberté sous forme de scrupules de conscience. Le patient vérifie ce qu'il fait, contrôle ce qu'il dit et apporte à ses actes d'innombrables précautions. Une même série de pensées morbides s'impose à son esprit, il est en proie à une lutte intellectuelle stérile. Elle détermine chez le patient des bizarreries étranges et des actes insolites qui disparaîtront aux phases suivantes.

2) Deuxième période : le patient s'adresse à l'autre. La période est marquée par l'inauguration d'une série de questions sans fin et la sollicitation de paroles rassurantes aux proches, aux médecins. Les patients se parlent constamment à eux-mêmes, se répétant les mêmes mots ou les mêmes idées afin d'essayer de se convaincre que leurs actes conjuratoires ont été suffisants. Ils demandent à leurs proches de répéter ces mêmes mots, car prononcés par autrui ils semblent avoir plus de poids.

C'est donc lors de cette période que surgit le délire, qui, à son origine première, est constitué par une idée bizarre qui s'impose à l'esprit, prend une importance considérable et absorbe à elle seule une grande partie de l'activité psychique du malade.

Vers la fin de la deuxième période, les patients s'accrochent à une personne de leur entourage

1. Legrand Du Saulle H., *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Paris, Adrien Delahaye, Libraire-Éditeur, 1875.

2. V^e Congrès de l'A.M.P., à Rome, 2006 : *Le Nom-du-Père. S'en passer, s'en servir*.

3. Lacan J., « Lacan pour Vincennes ! », *Ornicar ?*, n°17/18, printemps 1979, p. 278.

dont ils font leur véritable souffre-douleur, leur rabâchant les mêmes choses, sollicitant les mêmes explications et les mêmes réassurances.

Durant la deuxième phase, le doute s'apaise mais il s'est transformé et mis au service des craintes délirantes du tact. La fusion des deux grands signes cliniques est opérée, ce qui justifie, selon H. Legrand Du Saulle, la dénomination de cette entité clinique.

3) Troisième période : l'angoisse et les souffrances deviennent continues. Les patients réduisent leurs activités, toujours conscients de leurs symptômes mais désillusionnés sur les pouvoirs de la médecine. Ils sortent de moins en moins puis restent confinés chez eux, deviennent insociables et fuient le monde. Ils se parlent à eux-mêmes à voix basse et cette mussitation est le seul indice de leur persistante intégrité mentale. Ils ne sont pas déments et ne finiront pas déments malgré la presque totale incongruité de leurs terreurs et de leurs actes.

La clinique psychanalytique est celle du parlêtre, de l'humain qui tient son être de la parole et qui a un corps. Elle est ironique : comme le « dit-schizophrène », le psychanalyste sait que tout discours n'est que défense contre le réel, contre le *trouma* de la rencontre d'un corps avec la langue et ses effets de jouissance. Dès lors, « tout le monde est fou, c'est-à-dire délirant ». Elle est singulière en tant qu'elle prend acte de la singularité de chaque Un. Elle est transférentielle, l'analyste est dans le dispositif, et cette clinique s'ordonne sous transfert⁴. Parfois, le parlêtre n'arrive pas à « faire mordre le langage sur un corps »⁵ et il faut que son corps y mette du sien pour suppléer à cette non-morsure.

Revenons à la monographie. L'intérêt de la lire aujourd'hui est multiple : elle nous permet de nous situer dans une longue tradition clinique, marquée par la finesse des « observations », des regroupements symptomatiques non dépourvus d'intérêt afin d'avoir une « vue d'ensemble » de la maladie, sa cohérence, sa logique, ses moments féconds, son évolution. Elle contraste avec la liste des troubles groupés sous l'acronyme TOC dans le DSM-V, qui font l'objet, dans de tels cas, de prescriptions aussi violentes qu'inutiles : thérapies cognitivo-comportementales, stimulation magnétique transcrânienne, antidépresseurs *ad finem*.

Mais elle est classificatoire, valable pour tous, calquée sur les syndromes médicaux (incubation, état, évolution). Elle se fait au nom du discours du maître qui reste extérieur au dispositif et – c'est frappant dans le livre de H. Legrand Du Saulle – moralisatrice et ségrégative.

Quel est donc, d'une façon plus générale, l'intérêt de lire l'œuvre des « grands psychiatres » ?

Il nous faut prendre connaissance des bases cliniques psychiatriques de la clinique psychanalytique.

Jacques-Alain Miller dit ceci : « *Les folies raisonnantes* de Paul Sérieux et Joseph Capgras – maître-livre, selon Jacques Lacan – est une œuvre qui nous conduit aux rives du lacanisme. Avec Emil Kraepelin et Ernst Kretschmer, avec les débats classificatoires, la connexion à notre

4. Cf. Laurent É., « Disruption de la jouissance dans les folies sous transfert », *Hebdo blog*, n° 133, avril 2018.

5. Lacan, J., « Séance extraordinaire de l'École belge de psychanalyse », 14/10/1972.

clinique, en tant qu'elle procède de Freud et de Lacan, n'apparaissait pas immédiatement évidente. Lorsqu'on lit Sérieux et Capgras, on se trouve, me semble-t-il, en terrain plus connu. Cette phénoménologie, ces descriptions nous parlent davantage. On voit les choses un peu ainsi, bien qu'on ne les théorise pas de la même façon. »⁶

L'œuvre de De Clérambault nous intéresse aussi, Lacan l'ayant dit son « seul maître en psychiatrie »⁷, et tout particulièrement, *l'automatisme mental*, « laissant à Lacan d'y découvrir le Symbolique »⁸.

Les lire, certes, non sans un appareil critique avec Lacan, et ce qu'il apporte de révolutionnaire à la clinique en la rapportant au langage.

Dans ces pages de la revue *La Cause freudienne*⁹ concernant « La paranoïa vue par les grands psychiatres », traçant notre orientation clinique des « grands psychiatres » au « Tout dernier enseignement » de Lacan, J.-A. Miller énonce ceci : « La notion de défaut du symbolique, la distinction de trois registres... tels que Lacan les amène nous ont fait voir le monde en 3D. C'est comme si on passait du roman *Flatland*, d'un univers à deux dimensions, à un univers à trois dimensions, où l'on peut enfin voir les différentes faces. Ces auteurs sont astucieux comme le sont les personnages de *Flatland*, mais ne peuvent cependant s'élever à la dimension qui leur manque. Aujourd'hui, ce serait formidable de parvenir à saisir cela en 4D, de trouver comment ajouter une dimension. D'une certaine façon, Lacan lui-même a trouvé qu'il manquait une dimension, qu'il fallait en ajouter une : le sujet, ça ne suffisait pas, il fallait adjoindre le *parlêtre* ; les symptômes et le fantasme ne suffisaient pas, il fallait y ajouter le *sinthome*. »¹⁰

Parions sur une clinique du sinthome.

Pour conclure

Freud, en 1895, propose une théorie de la formation des symptômes obsessionnels : « À l'idée originale (inconciliable) s'est substituée une autre idée, idée remplaçante [...] l'idée originale se trouve remplacée par des actes ou impulsions qui ont servi à l'origine comme *soulagements* ou *procédés protecteurs* [...] Je crois qu'on peut l'envisager comme un acte *de défense du moi contre l'idée inconciliable* »¹¹. Il mettra au cœur de l'idée inconciliable, la cause sexuelle, toujours traumatique. Il baptise cette névrose de défense « névrose obsessionnelle ». Certains de ses cas cliniques sont des « folies du doute avec délire du toucher ».

Pour Lacan, le trauma sexuel est l'irruption d'une jouissance que n'arrive pas à maîtriser le symbolique. Si, dans son premier enseignement, le symptôme est métaphorique, dans son dernier enseignement il souligne la solidarité du symbolique et de la jouissance chez le parlêtre. Le symptôme devient sinthome. « Il n'y a pas de rapport sexuel » veut dire aussi que le rapport du parlêtre à l'Autre est symptomatique et que la jouissance est foncièrement autistique. Le partenaire¹² du parlêtre est d'abord son symptôme, défense contre le Réel, par lequel il a un

6. Miller J.-A., Présentation de la conférence de Jean-Pierre Deffieux, « Les fous raisonnants. À propos de l'œuvre de Sérieux et Capgras », *La Cause freudienne*, n° 74, 2010, p. 183.

7. Lacan J., « De nos antécédents », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 65.

8. Miller J.-A., « Enseignements de la présentation de malades », *La Conversation d'Arcachon*, Paris, Agalma – Le Seuil, 2005, p. 296 – Initialement paru dans *Ornicar ?* n° 10, Éd. Lyse, juillet 1977, p. 18-20.

9. « La paranoïa vue par les grands psychiatres », *La cause freudienne* n° 73, 2009, p. 118-176 & *La Cause freudienne* n° 74, 2010, p. 183-242.

10. Miller J.-A., Discussion suivant la conférence « Les fous raisonnants... », *op. cit.*, p. 197.

11. Freud S., « Obsessions et phobies », *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, p. 42-43.

12. Cf. Miller J.-A., « L'orientation lacanienne. Le partenaire-symptôme » (1997-1998), enseignement prononcé

certain rapport à l'autre.