

Jean-Michel Valtat

La maladie de la mentalité Le délire et le sérieux *

Pour ne pas apparaître nécessaire, rappelons quand même que ce diagnostic de maladie de la mentalité, c'est-à-dire le point saillant du cas nommé comme tel par le docteur Lacan lors d'une présentation clinique en 1976 ¹, est corrélatif du dernier avatar de son écriture de la structure, soit le nouage borroméen et ses anomalies. Faisons quelques rappels avant d'entrer dans le vif de la question qui sera ici en jeu : les rapports de ce diagnostic borroméen avec celui de paraphrénie imaginative, on ne peut plus psychiatrique, avec lequel Lacan épingle aussi ce cas.

Le nouage borroméen, appendu à la condition nouante du dire nom-du-père, est la dernière réponse de Lacan à ce qu'est la réalité psychique chez Freud : le nœud mental. La perte de la réalité (*Realitätsverlust*) et les réponses qui y sont apportées par le sujet seront approchées comme faute de nouage, réparations, épissures, etc. Lacan pose d'ailleurs la question de ce qu'est la réalité psychique chez Freud : les trois dimensions, consistances, sont posées l'une sur l'autre, et c'est la réalité psychique (soit le complexe d'Œdipe) qui vient les nouer. Ce à quoi Lacan répond que, chez lui, ces trois consistances sont nouées de façon borroméenne, par le dire-nom du père (valant comme quatrième consistance ²).

Du nœud à la sémiologie, et retour

Comment dire de façon un peu concise ce qu'est la propriété borroméenne du nœud mental, comme soutien de la réalité psychique ?

D'abord, que la réalité psychique n'est pas première, puisque le nœud, « faut le faire ³ ! ». Ce qui est donné, ce sont ces trois dimensions, réduites à leur minimum consubstantiel : l'équivoque pour le symbolique, le spéculaire pour l'imaginaire et le vivant et ses propriétés pour le réel. Mais quant à l'opération, le dire nouant est à faire. Alors, en quoi consiste ce maintien

de la propriété borroméenne ? Il y a bien sûr plusieurs façons de le dire. En voilà une : qu'il n'y ait pas de rapport d'une consistance à une autre, qu'une consistance n'en rejoigne pas une autre, qu'une consistance ne fasse pas chaîne avec une autre. Soit, pour reprendre les termes de Lacan, que « le nœud, lui, fait nœud sans faire chaîne, sans user du trou ⁴ ». Ce coincement à trois a donc pour effet de maintenir la distinction de ces trois consistances deux à deux, et du même coup, le coincement a cet effet de nomination qui distingue ; autre façon de dire que le sujet ne s'empêtre pas trop dans le jeu de ces trois dimensions. Le nouage assure du même coup la permanence de trous au cœur du nœud, qui vont loger la substance jouissante et assurer la distinction de ces jouissances de façon à ce que le sujet ne s'y empêtre pas trop non plus. Coincer – distinguer – localiser les jouissances font la propriété borroméenne du nœud mental. Le diagnostic borroméen sera un diagnostic sur le type de rapport des consistances, sur leur distinction, sur leur coincement respectif et sur la distinction des modalités de jouissance. Avec le hic, bien sûr, sur la manière dont on procède, pour vérifier en pratique un point de coincement. Comment atteste-t-on cliniquement qu'une consistance a rapport avec une autre ? Au fond, quels en sont les répondants cliniques, au niveau du dire propre d'un sujet ?

Partons de cette hypothèse, et nous essaierons de la vérifier ici, que le nœud borroméen est une écriture de la structure plus adéquate, plus maniable, pour aborder le champ des maladies mentales, en termes de diversité et en termes de dynamique. Dénouage, renouage, épissures laissent entendre qu'il y a une évolution possible dans le temps. L'évolution du tableau clinique était déjà pour la psychiatrie classique un élément diagnostique fondamental, que l'on retrouve avec cette logique borroméenne. D'ailleurs, à propos de diversité clinique, c'est la première remarque de Lacan à la fin de cette présentation clinique : « Il est bien difficile de penser les limites de la maladie mentale. » Notons que le terme de psychose, Lacan ne l'emploie pas. Ce vieux terme de maladie mentale évoque tout de suite la psychiatrie classique et fait référence, en même temps, à ce qu'il développe dans ce moment de son enseignement, la notion de *mental*. Mais peut-être qu'avec cette remarque, il fait se rejoindre ce qu'il y a de plus neuf dans son enseignement et un effort qui a longtemps soutenu cette sémiologie classique, à quoi il fait expressément référence : « Kraepelin a isolé ces curieux tableaux ⁵ », le geste d'isoler les curieux cas, ceux qui n'entrent pas dans ce que l'on sait déjà, dans ce que l'on a répertorié, classé. Cet effort d'isoler – d'isoler l'écart d'un cas – que souligne Lacan va de pair avec ce qui fait bouger les limites d'une assise classificatoire. On pourrait dire qu'avec le champ des maladies mentales, l'atypique ne cesse de faire varier

la norme, rendant le classement nosographique très instable. Cela illustre la façon dont Canguilhem a changé l'approche de la notion de norme, que l'on pourrait paraphraser ainsi : la capacité de chacun à la faire varier. Entendue de cette façon, la norme est fondée sur la logique du pas-tout, différente de la norme entendue comme un tout qui localiserait le hors-norme. La norme n'est pas posée *a priori*, elle se constitue selon la variation qu'impose le cas à ses limites, d'où le casse-tête nosographique. Kraepelin, dans son geste d'isoler et de fonder le groupe des paraphrénies, en 1912, sur une base de pure sémiologie, témoigne de ce que fut la richesse du débat entre les écoles française et allemande de ces années-là⁶ : mettre en question la règle en isolant les cas qui s'en exceptent et inquiéter la stabilité de la nosographie. C'est ce même effort que rejoint Lacan avec son changement de paradigme quant à la structure (du graphe au nœud borroméen), dans l'approche du champ des maladies mentales. On pourrait dire qu'avec le graphe, le signifiant en chaîne est la norme, et le signifiant hors chaîne (symptôme fondamental de la psychose) est le hors-norme. C'est la norme du tout, fondée sur la clinique des névroses, qui localise les psychoses comme hors norme. Avec le nœud borroméen, les types de nouage et leur variation diachronique font passer la norme du côté du pas-tout, où chaque type de nouage fait varier les limites. Le nouage borroméen de la névrose, par exemple, assuré par le sinthome nom-du-père, n'est qu'un exemple de nouage, et n'a pas valeur de norme.

Le nœud borroméen fabrique du nouveau dans la clinique analytique et, du même mouvement, rejoint la variété clinique que la psychiatrie du cas n'a cessé de faire valoir. C'est un mouvement en avant qui éclaire en retour cette clinique-là, qui y fait retour plus qu'il ne s'en détache. Elle la rejoint en lui donnant son assise structurelle. Le nœud écrit la structure d'un dire, que la sémiologie vérifie. Et, si détachement il y a de la clinique analytique, c'est plutôt d'avec elle-même, de ce qu'elle avait posé (dans cette écriture du graphe) qui valait presque comme norme. C'est ce que nous essaierons de montrer ici. Notons enfin, avant d'entrer dans le vif de la question, qu'au sortir de cette présentation clinique, la remarque de Lacan à propos de la patiente, qu'« elle va faire nombre de ces fous normaux qui constituent notre ambiance », pourrait bien laisser entendre que notre norme pas-toute est faite de nouages autres que le nœud névrotique par le nom-du-père.

Tenter d'écrire les délires

C'est en 1976, au cours de l'élaboration de son séminaire *Le Sinthome*, que Lacan rencontre cette patiente, qui va lui aller comme bague au doigt,

pour qualifier son symptôme de « maladie mentale par excellence », « excellence de la maladie mentale », ou encore « paraphrénie imaginative ». Pour saisir la cohérence des remarques de Lacan à la fin de cette présentation, qui vont en fait dans deux directions (d'une part celle du mental, du paraphrénique, et d'autre part celle du corps, du défaut d'idée de corps), il faut passer par la structure borroméenne du nœud mental et son élaboration. Trois questions peuvent s'ordonner ainsi :

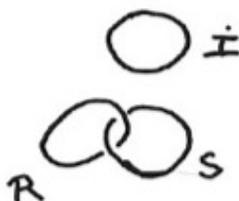
- à quoi correspond cette promotion du mental ?
- y a-t-il un type de faute d'écriture du nœud qui, à titre d'hypothèse, écrirait le symptôme de maladie de la mentalité, de paraphrénie imaginative ?
- une fois dégagée cette probable faute d'écriture, quels en seraient les répondants cliniques ? Ou plutôt, cette écriture rend-elle plus cohérents les répondants cliniques, que Lacan isole dans cette présentation ?

Cette notion de « mental » est l'effet, entre autres, de l'opération du type *rasoir d'Occam*, que Lacan fait subir aux trois consistances du nœud : ramener chacune d'elles à son minimum distinguable. Réduisant ce minimum pour le symbolique à l'équivoque (propre à la langue), il fait de même pour l'imaginaire, à savoir le spéculaire, qui en constitue la consistance. Une consistance curieuse puisque, dit-il, « est-ce que même ça existe ? Puisque vous soufflez dessus rien que de prononcer ce terme ⁷ ». Mais il est aussi lieu de la représentation, puisque « ce qui se représente pour l'être parlant n'est que le reflet de son organisme ⁸ », le vouant à la « débilité mentale », du fait même de cette base spéculaire. Cet imaginaire est enfin le lieu du sens qui « est l'effet de la langue sur l'idée, soit sur l'imaginaire supposé par Platon à l'animal parlêtre ⁹ ». La consistance imaginaire rassemble donc l'image spéculaire, les représentations, et même les idées : c'est le *mens*. L'année d'après, lors du séminaire *Le Sinthome*, Lacan poursuivra cette question du *mental*, mais la notion de nouage borroméen devenant plus assurée, la notion de mentalité se précise.

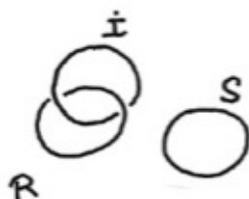
Il y a, si l'on peut dire, une maladie normale de l'être parlant, d'avoir une mentalité. Le dire nouant, s'il opère de façon borroméenne, fait que le parlêtre (soit l'effet de *lalangue*, du symbolique, sur le réel), en nouant le réel à l'imaginaire, noue en même temps le symbolique à l'imaginaire. À ce niveau-là, il n'y a pas le choix, la propriété borroméenne oblige. Le parlêtre acquiert une mentalité et celle-ci est affectée des propriétés de l'imaginaire, de sa racine spéculaire : par le nouage, le parlêtre acquiert son corps (imaginaire) qui devient « sa seule [...] consistance mentale ¹⁰ », par ce même nouage LOM s'auto-fictionne (le nouage du symbolique à l'imaginaire, lieu

du sens), et le réel ex-siste à cette fiction, la coince, la limite. Pour l'être parlant, la mentalité, c'est du même mouvement acquérir « un corps à adorer » et « instaurer des faux faits qu'il reconnaît en les disant », la propriété fictionnelle de la parole. Cette mentalité, « il en supporte le poids ¹¹ » – « il en sent le fardeau », dans cette édition du Seuil –, mais elle « fait son amour propre ». Adoration et fiction. Notons que cette acquisition dédoublée pourrait déjà donner les deux axes des commentaires de Lacan sur cette présentation clinique : l'axe paraphrénique et l'axe du défaut de corps.

Avant d'entrer dans les remarques de Lacan sur le cas, il vaut d'examiner ce que le changement de paradigme (de la chaîne signifiante au nouage borroméen) implique dans l'approche du symptôme psychotique. Quand le paradigme est le signifiant en chaîne, le symptôme, c'est le signifiant dans le réel, soit le signifiant hors chaîne, qui est donc *LE* symptôme psychotique. Quand le paradigme est le nouage borroméen, la rupture de nouage (ou faute d'écriture) au niveau des points triples qui assurent la structure borroméenne entraîne un dédoublement symptomatique : un symptôme de chaînage anormal (entre deux consistances) et un symptôme de lâchage de la troisième consistance. Comme il y a trois points triples, la variété symptomatique que couvre cette nouvelle écriture en est d'autant accrue. On peut se demander, à titre d'exercice, ce que recouvre du point de vue clinique chacune des trois configurations de faute d'écriture. Lacan rappelle qu'« il y a des cas où [...] le tourne-autour ne se fait plus, à cause des points triples dont se supprime l'ex-sistence ¹² ». La rupture du point triple dans le nœud vient se substituer à la rupture du point de capiton dans le modèle de la chaîne signifiante.

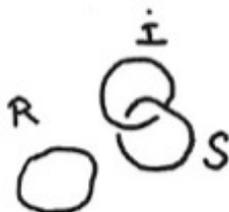


Le chaînage (SR) avec le lâchage de I pourrait prendre en écharpe l'hallucination, l'effet de signification personnelle, l'automatisme mental, de structure anidéique, la phase maniaque (avec son rejet forclusif de l'inconscient-langage et l'intrusion de la langue et de ses équivoques dans le réel). C'est-à-dire ce qui est le symptôme psychotique fondamental dans la clinique du graphe. Ce qui était rupture de chaîne signifiante devient ici chaînage anormal.



Le chaînage RI et le lâchage de S pourraient accueillir certaines anomalies du champ spéculaire (du type hallucination héautoscopique ou négative), certaines hypocondries, et surtout le pôle mélancolique, avec l'intrusion du réel dans l'imaginaire, où « l'ombre de l'objet tombe sur le moi », selon la formule freudienne, pouvant aller jusqu'au syndrome de Cotard, le délire des négations. Le lâchage de S s'accorde bien avec la pauvreté litanique de la plainte et du délire mélancoliques. L'angoisse y est majeure, liée à ce chaînage du réel dans l'imaginaire.

La « copulation » anormale de ces deux consistances laisse la possibilité de penser aussi à une clinique liée à l'entrée de l'imaginaire dans le réel, une clinique de la fixité de l'idée. Cette faute d'écriture pourrait alors accueillir aussi bien le nœud idéo-affectif que l'idée fixe.



Enfin, en s'en remettant à la pure logique borroméenne, il existe potentiellement un troisième type de faute d'écriture, un type de dire qui comporte une expansion du champ fictionnel et un défaut de coincement par la consistance du réel. Faisons l'hypothèse que cette écriture pourrait rendre compte, d'un côté, par ce chaînage anormal (SI), de la référence par Lacan à la paraphrénie imaginative, qu'illustrerait cette présentation clinique. D'un autre côté, par le lâchage du rond du réel, cette écriture pourrait rendre compte de la specularité sans corps, qui est l'autre versant des commentaires de Lacan. Essayons de le vérifier, et commençons par le délire paraphrénique.

Un symptôme de chaînage : le délire paraphrénique confabulant

Dans cette référence à Kraepelin, dont très tôt Lacan a souligné le génie clinique ¹³, il s'agit très exactement de la paraphrénie confabulante.

Ce que recouvre cliniquement ce diagnostic sera approximativement repris du côté de l'école française par Dupré et Logre, sous le chapitre des délires chroniques à base imaginative¹⁴. Il est difficile de reprendre ici tout le contexte de création de ce groupe des paraphrénies par Kraepelin, en 1912, lors de la 8^e édition de son traité de psychiatrie. Disons qu'il répond pour lui à la double contrainte d'un côté de stabiliser les limites de ce qu'il nomme paranoïa (assimilable aux délires interprétatifs et de quérulence), et d'un autre côté de lutter contre l'assimilation d'un certain nombre de délires chroniques à la catégorie montante de schizophrénie, promue par Bleuler. Ce qui rend nécessaire la notion de paraphrénie, c'est à la fois la clinique et l'évolution du tableau clinique de ces délires chroniques : il n'y aurait pas, dans ce cas, de désintégration de la personnalité psychique telle qu'elle se produit dans la démence précoce, pas de troubles des émotions et de la volonté, pas de stupeur ni d'indifférence, ou, pour le dire comme Bleuler, pas de syndrome dissociatif. C'est la raison majeure de l'isolement de ce groupe. Selon le type de paraphrénie, les hallucinations peuvent y être marquées, de même que la coloration paranoïde du délire, mais sans altération profonde de l'unité de la personnalité. Et, point important, Kraepelin considère que leur délimitation clinique présente les plus grandes difficultés, surtout au regard de la schizophrénie. C'est un groupe très inhomogène, inséré entre la paranoïa et la démence précoce et recouvrant quatre types : la forme systématique (délire de persécution systématisé évoluant vers le pôle mégalomane), la forme expansive, sorte de manie chronique (sans phases, à évolution non conforme à la folie circulaire), la forme fantastique, que la luxuriance caractérise, et enfin la forme très rare (douze cas en trente-cinq ans de carrière pour Kraepelin) de la paraphrénie confabulante, qui va nous intéresser.

Il faut dire que le manque de définition structurelle du groupe va fragiliser sa stabilité, qui ne résistera pas à la poussée du diagnostic bleulérien de schizophrénie qui est, lui, très structuré dans son fondement par l'application des théories freudiennes des processus primaires et secondaires. En quelques années, elle va disparaître de la nosographie psychiatrique allemande au profit des différentes formes de schizophrénies, notamment paranoïdes. Quant à son destin du côté français, on ne la retrouvera plus guère que dans les travaux de Claude, et dans les années 1970 ce diagnostic tombera peu ou prou en désuétude. D'ailleurs, au moment où Lacan rencontre cette patiente, le diagnostic le plus probable des psychiatres (compte tenu du tableau d'entrée et de l'histoire de la maladie) est celui de phase maniaque atypique (avec quelques éléments délirants non systématisés),

avec comme diagnostic différentiel une schizophrénie à forme dysthymique. À cela, Lacan répond : paraphrénie imaginative.

Alors, revenons à la paraphrénie imaginative, ou confabulante, comme on voudra ¹⁵. Pour le dire dans les termes de l'école française (qui classe les délires par mécanismes), c'est un type de délire qui n'a pas de base interprétative, ni de prévalence hallucinatoire (ce qui ne veut pas dire que ces phénomènes sont absents, bien sûr). On n'y retrouve pas le nœud idéo-affectif des psychoses passionnelles cher à Clérambault, ni non plus la base d'automatisme mental avec sa structure anidéique. On n'y retrouve pas non plus l'excitation psychomotrice, avec la prolifération de troubles du langage du type coq-à-l'âne de la phase maniaque. Selon Kraepelin, ce qui caractérise ce délire dans sa base, sa prévalence, c'est « la falsification du souvenir ». Après une phase de retrait méditatif, le délire débute brutalement par la fabulation, la production fictionnelle, dont l'extension sera plus ou moins riche, avec une rétroaction temporelle immédiate. Les deux grands thèmes du délire sont la persécution et la mégalomanie. Cette production fictionnelle génère du souvenir à vue, et s'alimente aussi bien des faits actuels que des fictions elles-mêmes. Plusieurs points sont déterminants, qui justifient de plus d'isoler ces délires.

La persécution aussi bien que la mégalomanie ont une source fabulatoire, c'est même l'unique source. Pour le dire en termes lacaniens, la fiction délirante ne vient pas répondre au réel, dans ce fameux essai de rigueur qui définit la psychose (tel que le pose Lacan dans ses « Conférences aux universités américaines », faites peu de temps avant ce séminaire). C'est la fiction elle-même qui produit persécution et mégalomanie, dans son déroulé rétroactif, et dont la forme est rapportable à la structure et à la temporalité même de la chaîne signifiante, celle de la *parlotte*. Cette chaîne que Lacan caractérise ainsi : « Effet de rétroversion par quoi le sujet, à chaque étape devient ce qu'il était comme d'avant et ne s'annonce : il aura été, qu'au futur antérieur ¹⁶. »

Les persécutions ainsi que la mégalomanie ne cristallisent jamais. On n'y assiste pas à ce fait clinique classique de la psychose que la jouissance s'impose au sujet et qu'il lui faut la localiser, l'identifier et obtenir une position relativement stable à son égard (ce qui est la fonction du délire paranoïaque, ou paranoïde). On pourrait dire que la persécution, ou plutôt les persécutions vagues, diffuses, multiples sont liées au fait que c'est la fiction elle-même qui s'impose au sujet, dans le moment où il la produit. Pour reprendre le terme d'automatisme, ce serait un automatisme fictionnel qui assigne une place au sujet, à l'intérieur de scénarios variables et imposés.

La fiction elle-même persécute le sujet sous une forme parasitaire, induisant une progressive localisation non de la jouissance mais du sujet lui-même, du sujet de la chaîne, d'où le pôle mégalomane. Mais cette mégalomanie a l'instabilité des fictions dont elle est l'effet. La mégalomanie est issue de la fiction pure et détermine le sujet sur le mode de filiations instables et changeantes. Le sujet, effet de signification de la chaîne, est, pourrait-on dire, fils de ses fictions variables. Kraepelin notait d'ailleurs que la mégalomanie y est très souvent liée à la filiation.

Le sujet comme effet de signification n'est jamais en position de valoir, pour le dire dans les termes de Lacan, comme réponse du réel. L'action de la chaîne signifiante s'impose dans sa rétroaction permanente que rien n'arrête ni ne l'est. Dupré et Logre notaient deux faits cliniques très importants : a) quand on interroge le patient, les questions elles-mêmes vont être intégrées à la production fictionnelle comme un aliment de la chaîne, sans effet d'arrêt ; b) la contradiction, quand elle émerge, occurrence du réel relativement à la production fictionnelle, laisse ce sujet dans l'indifférence totale.

Notons aussi que cet automatisme de la chaîne signifiante se distingue fortement de l'effet de passage de *lalangue* dans le réel, que l'on rencontre dans le symptôme maniaque. Pour étayer cela, Kraepelin notait la rareté des coq-à-l'âne, et que si l'humeur peut y être joyeuse, labile, on n'y retrouve pas la classique excitation psychomotrice.

Enfin, concernant l'évolution de ce type de délire, Kraepelin a toujours évoqué la possibilité du passage vers la dissociation schizophrénique de ces tableaux. Une étude rétrospective menée dix ans après l'isolement de ces cas par Kraepelin a montré que la moitié des cas de paraphrénie confabulante avait évolué vers la schizophrénie, l'autre moitié s'étant stabilisée sous une forme chronique confabulante.

En conclusion, nous aurions là avec la description de Kraepelin la traduction clinique, maximisée dans sa forme, du chaînage symbolique-imaginaire, délesté *de quoi que ce soit qui fasse fonction de coinçage par le réel*. Un délire isolable, pour raison de sémiologie, dont l'écriture de la structure rend raison. Le symptôme n'est donc pas ici la rupture de la chaîne signifiante, mais au contraire sa prévalence, disjointe du réel.

Une question vient : si nous avons un répondant clinique parfaitement identifiable, il faut souligner que ce sont des formes rarissimes. On peut faire la supposition qu'il existe des formes plus discrètes, et toute la question est de savoir comment repérer les formes discrètes de chaînage. Y a-t-il plus de paraphrénies imaginatives qu'on ne croit ? C'est d'ailleurs la portée du diagnostic de paraphrénie imaginative par Lacan concernant cette patiente, les

symptômes étant beaucoup plus discrets. Mais en même temps, ce diagnostic, à être rapporté à sa possible écriture borroméenne, rend compte, dans cette forme plus discrète, et du fondement structurel de ce qui a été l'effort discriminatif de Kraepelin, et de sa possible extension. On pourrait dire que la conception borroméenne du sujet permet, dans son effort d'écriture, d'assurer la base structurelle de l'effort discriminatif clinique.

Les symptômes de lâchage

Pour continuer à suivre la logique des remarques de Lacan, qui semblent être éparses, jouer sur plusieurs plans, voyons maintenant l'autre axe, que nous pourrions mettre sous l'angle des symptômes de lâchage du rond du réel, les symptômes du défaut de coincement.

Posons que le nouage borroméen par le réel des deux autres consistances (qui sont le support de la mentalité) a plusieurs effets dans le champ de l'imaginaire, ou plutôt dans sa dimension.

Le serrage par le réel amène une restriction du sens qui va se localiser, se présenter sous forme de chaîne métonymique, et localiser le point de fuite du sens, par communication avec le trou central du nœud. C'est là que Lacan loge l'objet a , que le nœud serre. Ce point de fuite métonymique, c'est l'effet limitateur de l'empan de la fiction pour un sujet, les limites du sens qui concerne un sujet. Le coincement par le réel limite le champ de recouvrement entre le symbolique et l'imaginaire.

Le serrage par le réel du rond du symbolique préserve le trou central de l'imaginaire et, du fait du nouage, le préservant, le nomme. Lacan, dans le séminaire *R.S.I.*, pointe que depuis Freud, ce trou au cœur de l'imaginaire, au cœur de la consistance spéculaire, se nomme le moi. Il n'est pas à confondre avec le trou central du nœud (logeant l'objet a), mais ces deux trous participent à ce que Lacan nomme ainsi dans son séminaire *Le Sinthome* : l'ego, soit « l'idée de soi comme corps ».

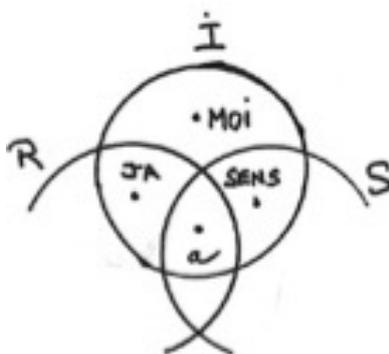
Enfin, pour que l'imaginaire prenne corps, dans l'opération du nouage borroméen, il faut cette opération soustractive préalable dans les trois dimensions qu'est l'objet a . C'est ce qui se joue dans la zone centrale du nœud, localisation de l'objet a , objet qui est soustraction dans les trois consistances, qui le serrent.

On pourrait dire que le nouage borroméen localise ainsi quatre trous, au cœur de la consistance imaginaire. Le nouage des trois consistances assure la permanence de ces trous, qui, pour certains d'entre eux, localisent la jouissance.

Ce que montre le cas de cette présentation, c'est que la non-préservation des trous de la structure, liée au défaut de coincement des deux autres dimensions par la consistance du réel, se manifeste cliniquement selon deux versants.

Le versant identitaire

C'est un sujet sans ego. Cette idée de soi comme corps est en défaut. « Elle n'a pas d'idée du corps à loger dans l'habit », mais elle n'a pas plus d'idée de soi comme moi. Elle n'a pas un corps qu'elle loge dans l'habit, elle devient l'habit, elle est happée par l'habit qui passe. Autrement dit, la consistance spéculaire ne prend pas corps et happe le sujet au gré des circonstances. Cela éclaire aussi les passages de l'entretien où elle manifeste des sentiments de déjà vu, de fausses reconnaissances, des spoliations de l'habit qui deviennent spoliations identitaires. Notons que Kraepelin avait déjà identifié tous ces symptômes dans les cas de paraphrénie confabulante. L'écriture borroméenne peut en rendre compte.



Mais ce qui fait le noyau central de l'ego, c'est aussi ce qui lui donne sa valeur hors des circonstances et c'est justement ce qui fait défaut, elle le dit d'emblée et y reviendra plusieurs fois, concernant cette question de la valeur. Le point central du nœud qui loge l'objet *a* fait le corps, et fait la valeur propre. On voit très bien sur cette question du corps la différence avec ce que Lacan note comme phénomène clinique chez Joyce, avec l'épisode de la raclée. Joyce témoigne d'un ego sans consistance spéculaire. Alors que cette patiente est livrée à la consistance spéculaire qui ne prend pas corps. Ce sont donc deux fautes d'écriture très différentes du nœud. On pourrait dire que ce qu'incarne la maladie de la mentalité, la paraphrénie confabulante, c'est de ne pas avoir de mentalité, mais plutôt d'être une mentalité. Elle n'a pas un corps à adorer, le sien, elle est ce que l'occasion de l'image et de la fiction fait d'elle. Nous sommes sur le terrain des symptômes

qui témoignent de l'expansion des semblants, instables, variables, et de ce défaut de corps, par défaut de serrage du semblant par le réel.

Le versant de la localisation de jouissance

Sur ce point, sont concernées les remarques de Lacan à propos du défaut de cristallisation du délire et la place de l'enfant pour cette patiente.

Avec ce terme de cristallisation, en tant qu'elle n'a pas lieu, Lacan fait référence à la psychose paranoïaque et aux psychoses passionnelles. Dans ces psychoses, un élément central qui concerne la jouissance et par conséquent la consistance du réel se noue, de façon parfois très serrée, au couple du symbolique et de l'imaginaire. C'est l'objet au centre du nœud de trèfle de la paranoïa, objet persécutoire ou objet érotomane. Sur ce dernier point, Clérambault a toujours insisté sur le fait que, dans le nœud idéo-affectif, l'élément affectif est crucial. Lacan va revenir plusieurs fois dans l'entretien pour vérifier que l'employeuse de cette patiente n'a pas fait précipiter l'objet criminogène, le *kakon* en l'autre. Peut-être même qu'au-delà d'une vérification clinique, il tente une manœuvre. Façon pour lui de mettre en jeu le réel pour tenter d'arrimer la fuite du semblant. La paranoïa ou la pente paranoïde de certains délires permet de lester la dérive du semblant. Une autre façon de le dire, c'est que ce type de délire confabulant ne permet pas de localisation du sens joui. On n'identifie pas d'objet métonymique prévalent dans la dérive du sens. L'objet qui dans la paranoïa est « la voix qui sonorise le regard qui y est prévalent ¹⁷ ». Cet objet regard qu'on retrouve à la fin du délire de Schreber, ou qui surgit dans l'instant de cristallisation de l'érotomanie, qui est centre du nœud de trèfle, est ici totalement absent.

Un deuxième point concerne ce que Lacan explore dans l'entretien sur ce qu'est son enfant pour cette patiente. Rien ne fait trace dans son dire qu'il occupe soit la place du symptôme (qu'on a), de l'événement de corps, soit la place de l'objet à potentialité persécutoire, comme dans la paranoïa. Cet enfant prend existence pour elle, au mieux, au nom de certains semblants (la bonne mère), mais ces semblants sont tellement instables que l'enfant est toujours au bord de l'abandon, du lâchage, comme le rond du réel. D'où le peu d'optimisme de Lacan sur le fait de lui laisser cet enfant.

Du sérieux de la maladie mentale

Concluons avec ce terme qui revient plusieurs fois dans la bouche de Lacan à la fin de cette présentation, le terme de sérieux : « [...] pas une sérieuse maladie mentale », et elle « ne prend pas ses persécutions au sérieux ». Il y a une autre façon de prendre ce terme que simplement le sens

évident, venant redoubler celui de maladie mentale repérable, à savoir une forme plus discrète. Cela est vrai, mais il y a peut-être plus dans le retour de ce terme. Faisons l'hypothèse que ce mot de sérieux est à mettre en regard avec celui d'« essai de rigueur ¹⁸ ». C'est avec ce dernier terme qu'il qualifie la psychose, et cet essai de rigueur n'a fait défaut dans aucun des cas dont il aurait pu faire sa thèse de psychiatrie. C'est en tout cas ce qu'il dit dans une conférence aux États-Unis quelques mois avant cette présentation de malade. La psychose non tant comme une structure clinique, que comme effort logique, dont le dire peut être repérable dans une fiction délirante, ou pas. On peut penser qu'il faut ajouter à sérieux et à essai de rigueur le terme de discipline, associée à la notion de serrage. Lacan finit une de ses séances du séminaire *R.S.I.* avec cette équivoque sur le terme haine/erre, concernant un vers de Tartuffe : « Laurent serrez mon haine avec ma discipline ¹⁹. » Cette série de termes pourrait concerner le rapport du dire nouant avec le réel ; l'effet de serrage du nœud et de la prise au cœur du nœud, de l'objet. Le sérieux pourrait peut-être s'entendre ici comme discipline du serrage. Une maladie mentale sérieuse (qui prend au sérieux l'objet persécutoire, réel, et qui le serre) serait une maladie du nœud mental, dont on pourrait déduire du dire nouant ceci : qu'il fait effort pour faire ex-sister le réel à la fiction (le mental coince le réel, et vice versa). C'est ce que font l'érotomanie (où la fiction délirante serre l'objet), la paranoïa interprétative, mais aussi bien Schreber et sa paraphrénie systématique.

C'est ce que ne font surtout pas la paraphrénie confabulante de Kraepelin, ni la patiente de cette présentation. La maladie de la mentalité, la paraphrénie imaginative, est un dire dont on peut déduire le défaut de serrage du semblant par et du réel. Une maladie mentale, en ce sens, pas sérieuse.

Le plus ou moins de sérieux, quant au réel, de la fiction délirante serait à entendre alors comme une réponse du diagnostic analytique à l'effort classificatoire psychiatrique, ajoutant sa patte à cet effort, avec une petite note ironique peut-être...

* ↑ Conférence prononcée à l'Espace clinique Champagne Ardenne, le 18 novembre 2023.

1. ↑ J. Lacan, *Présentation clinique n° 9*, sur <http://www.valas.fr>

2. ↑ J. Lacan, Séminaire *R.S.I.*, leçon du 14 janvier 1975, publié dans *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 3, 1975, p. 103.

3. [↑](#) J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XXIII, Le Sinthome*, Paris, Le Seuil, 2005, p. 144.
4. [↑](#) J. Lacan, Séminaire *R.S.I.*, leçon du 13 mai 1975, publié dans *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 5, 1975, p. 59.
5. [↑](#) J. Lacan, *Présentation clinique n° 9*, *op. cit.*
6. [↑](#) P. Bercherie, « Présentation, Les paraphrénies – la clinique franco-allemande », *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 19, 1980, p. 5- 19.
7. [↑](#) J. Lacan, Séminaire *R.S.I.*, leçon du 10 décembre 1975, publié dans *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 4, 1975, p. 91.
8. [↑](#) *Ibid.*
9. [↑](#) J. Lacan, Séminaire *R.S.I.*, leçon du 11 mars 1975, publié dans *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 5, *op. cit.*, p. 20.
10. [↑](#) J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XXIII, Le Sinthome*, *op. cit.*, p. 66.
11. [↑](#) *Ibid.*
12. [↑](#) J. Lacan, Séminaire *R.S.I.*, leçon du 18 mars 1975, publié dans *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 4, *op. cit.*, p. 34.
13. [↑](#) J. Lacan, « Motifs du crime paranoïaque : le crime des sœurs Papin », dans *Premiers écrits*, Paris, Le Seuil, 2023, p. 100.
14. [↑](#) F. Brigdman, « Le groupe des paraphrénies », *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 19, *Les Paraphrénies*, *op. cit.*, p. 86-90.
15. [↑](#) E. Kraepelin, « Les paraphrénies », *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 19, *op. cit.*, p. 48-53.
16. [↑](#) J. Lacan, « Subversion du sujet et dialectique du désir », dans *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 808.
17. [↑](#) J. Lacan, Séminaire *R.S.I.*, leçon du 8 juin 1975, publié dans *Ornicar ?*, *Analytica*, n° 5, *op. cit.*, p. 42.
18. [↑](#) J. Lacan, « Conférences et entretiens dans les universités nord-américaines (Yale University, Kanzer Seminar, le 24 novembre 1975) », *Scilicet*, n° 6-7, Paris, Le Seuil, 1976, p. 9.
19. [↑](#) J. Lacan, Séminaire *R.S.I.*, leçon du 11 mars 1975, déjà citée, p. 28.