

# Névrose et psychose. Diagnostic différentiel : la structure en question, approche psychanalytique

**Dominique Delcourt**

DANS **L'EN-JE LACANIEN** 2011/1 (N° 16), PAGES 127 À 141  
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1761-2861

ISBN 9782749214290

DOI 10.3917/enje.016.0127

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-l-en-je-lacaniens-2011-1-page-127.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Érès.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Études

# Névrose et psychose

## Diagnostic différentiel : la structure en question, approche psychanalytique \*

Dominique DELCOURT

**C**'est à partir d'une question sur la pratique d'analyste que j'ai éprouvé la nécessité de m'interroger sur le concept de structure, fondamental dans la clinique psychanalytique tant pour construire un diagnostic différentiel que pour la conduite d'une cure.

De plus, le diagnostic est toujours un sujet de polémiques quant à son utilité et quant à l'éthique au regard du risque de stigmatisation. Cependant, en psychanalyse, le symptôme est dit « autodiagnostiqué » par le sujet qui vient formuler une demande à un sujet supposé savoir. Il est « autodiagnostiqué », car ce qui conduit un sujet à formuler une demande, ce dont il se plaint et qui le fait souffrir n'est que rarement ce qui constituera le symptôme d'entrée en analyse. En effet, cette plainte première, cette demande va nécessiter tout un travail qui aboutira à la constitution du symptôme d'entrée dans l'analyse. Cela pour ne pas confondre ce qui fait symptôme comme phénomène et ce qui fait symptôme pour le sujet, soit cette question, cette « opacité subjective » (Colette Soler) qui conduit

---

*Dominique Delcourt est psychanalyste à Toulouse, membre de l'EPFCL.*

\* Exposé de soutenance de thèse de doctorat de psychopathologie, le 5 septembre 2009, à Aix-en-Provence.

le sujet à adresser cette question à un sujet supposé savoir. Ce sera alors l'entrée dans le transfert et par là même en analyse. Lorsque j'avance que le symptôme est « autodiagnostiqué », j'entends donc par là que c'est le sujet lui-même qui détermine que « ça ne va pas », et non une quelconque autorité en fonction de quelque norme ou nosographie. Le sujet s'auto-diagnostique dans le sens qu'il se saisit d'un signe pour formuler une demande première. Le premier travail sera alors de transformer ce signe en symptôme, de construire un symptôme analysable.

Il en va tout autrement en ce qui concerne le *DSM*, ou *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (né en 1952, nous en sommes à la version IV depuis 1996, ou peut-être plus !), lequel se réfère à une classification de syndromes et se réclame athéorique, ce qui conduit à supprimer tout simplement le terme de névrose et tout ce qui peut se référer à des notions d'étiologie affective. Il s'agit là de listes purement descriptives de « troubles » qui se substituent aux symptômes, lesquels disparaissent. De plus, il s'agit de recours à la statistique, alors que la clinique classique des psychiatres, bien que descriptive elle aussi, s'appuyait sur le singulier, avec des interrogatoires un par un.

Jacques Lacan nous a rappelé à de multiples occasions qu'il y a toujours à apprendre de la psychiatrie classique et, pour lui, chaque catégorie diagnostique impliquait un jugement éthique. J'ai d'ailleurs particulièrement apprécié les *Écrits psychiatriques* de Gaëtan de Clérambault, dont la clinique est si précieuse en ce qui concerne les « automatismes mentaux » et, ce qui paraît presque oublié, les érotomanies (psychoses passionnelles, avec délires de revendication et délires de jalousie), mais aussi ses observations « de terrain » qu'il a consignées dans ses *Écrits*.

En psychanalyse, le symptôme s'éclaire à deux niveaux. Tout d'abord, il trouve son sens par sa connexion à l'histoire du sujet, à la préhistoire familiale et même par rapport au discours de sa culture. C'est le point par où le symptôme renvoie au malaise dans la famille et dans la civilisation. Ensuite, il trouve sa valeur de jouissance par son lien au fantasme inconscient qu'il construit dans la cure. Freud rapprochait le fantasme des théories sexuelles infantiles et se posait la question du rapport du fantasme au trauma, en particulier dans son exposé du cas de l'Homme aux loups. Ce

fantasme a fonction de réponse au caractère traumatique de l'irruption de la jouissance sexuelle. Comme expérience de vérification ou de falsification, la cure concerne donc davantage le savoir inconscient de l'analysant que le savoir théorique de l'analyste.

\*

Dans mon travail, j'ai évoqué la *non-scientificité* de la psychanalyse. La psychanalyse est, en effet, une science, si l'on entend par science un désir de savoir et un savoir. Dans cette optique, elle est une science non pas au sens physico-mathématique, mais dans le sens plus extensif d'une apophantique, telle qu'Aristote l'a élaborée, et, comme les autres sciences, elle est falsifiable.

Elle n'en est pas une si l'on fait équivaloir science et modèle expérimental. Si Freud et Lacan ont pu évoquer l'esprit scientifique, il me semble que c'était pour privilégier la clinique en tant que réel (de la jouissance) en jeu dans l'expérience de la cure. En effet, la clinique psychanalytique traite le réel, comme les autres sciences, et, comme elles, elle tente de domestiquer le réel. Mais c'est une clinique du réel en tant qu'elle traite les symptômes et la jouissance qui leur est attachée.

Le souci de Freud était que la théorie puisse être remise en question pour chaque nouvel analysant ou nouveau cas. Cet idéal scientifique s'est révélé utopique et Freud regrettait que la psychanalyse ne relevât pas de la méthode expérimentale ; la raison en est que l'analyste fait partie du dispositif de l'expérience, avec sa théorie et son jugement. La clinique analytique comporte le transfert, où l'analyste est l'objet avec lequel l'analysant opère. Jacques Lacan disait que l'analyste fait partie du concept d'inconscient, d'en constituer l'adresse. L'analyste n'est donc pas hors champ, il est partie prenante dans la cure, qui se présente comme un dispositif de discours régi par une règle et comportant deux partenaires (au moins deux, car il faut compter, entre autres, l'analyste « contrôleur »). La psychanalyse s'apparente à une maïeutique, différente cependant de celle de Socrate : Freud tente d'accoucher le sujet de sa vérité la plus intime, celle de son désir et de sa jouissance, et c'est de cette vérité qu'il attend un bénéfice thérapeutique pour le sujet qui l'a produite.

Ce n'est que dans un second temps qu'une théorisation est élaborée, qui tente de dépasser la particularité du cas pour rejoindre l'universel d'un savoir qui s'égalise à la science. Un des enjeux de la cure est de permettre à l'analyste de vérifier ou d'infirmer sa propre théorie. En effet, l'analysant est mis à la tâche d'élucider son symptôme au moyen de l'association libre et avec le concours de l'interprétation psychanalytique.

Dans la méthode expérimentale, l'objet interrogé par l'expérimentateur répond aux questions que celui-ci pose, et dément ou confirme ses hypothèses (des hypothèses « générales », déclinées en hypothèses « opérationnelles »). Dans l'analyse, si l'on considère que l'analysant est l'objet de l'expérience, force est de constater qu'il s'agit d'un objet d'expérience qui ne se contente pas de répondre aux questions qui lui sont posées, mais qui élabore ses propres hypothèses, qu'il peut, dès lors, lui-même vérifier ou falsifier, parfois à l'insu de l'analyste.

La science ne se limite pas alors à la méthode expérimentale. Elle a des fondements logico-mathématiques. Lacan considérerait la logique comme la science du réel, en tant qu'elle permet de conclure à des impossibilités, en dehors de toute expérimentation. Le modèle expérimental qui, selon un certain Popper, définit la science est par là même second par rapport au fondement logico-mathématique. Freud, formé au début de sa carrière dans les laboratoires, aboutit au regret du caractère non expérimental de la psychanalyse : c'est une expérience, certes, mais l'analyste ne peut se considérer hors du champ comme l'expérimentateur en physique classique.

Lacan en tire les conséquences en tentant de penser l'analyse à l'aide de modèles logiques, dans le sens d'un essai de formalisation avec des outils logiques, certains classiques ou modernes, d'autres inventés ; il se fait « géomètre du champ freudien », ainsi qu'il le dit dans le *Séminaire XXIV, L'insu que sait de l'Une-bévue s'aile à mourre*, pour interroger les fondements et les ressorts de la psychanalyse. Cela ne fait pourtant pas de la psychanalyse un système logique entièrement formalisable. La mise en forme logique de la cure se heurte dans la pratique à un obstacle majeur : s'il y a bien une logique reliant, par exemple, tel

symptôme à tel fantasme, cette logique n'apparaît qu'après coup et, de plus, généralement par fragments.

Chaque cure produit un savoir, qui est non pas le savoir de la théorie, mais un savoir inconscient dont l'axiome est le fantasme, savoir qui organise la jouissance en masquant l'incurable. Et en ce sens il n'y a d'analyse que didactique.

J'ai cité Karl Popper, non pour me rallier à sa définition de la science, mais parce qu'il rappelle que toutes les théories sont des hypothèses et que, par conséquent, « toute science est essentiellement conjecturale ». C'est d'ailleurs ce qu'écrivait Lacan dans « La science et la vérité <sup>1</sup> » : la psychanalyse comme science conjecturale du sujet, de son économie de jouissance. Il donne à la psychanalyse le statut d'une science qui ne soit pas fondée sur la forclusion de la vérité comme cause du sujet. Il y oppose les sciences dites exactes aux sciences conjecturales et pose la question de l'objet de la science et de l'objet de la psychanalyse, lequel est l'objet *a*, sur lequel nul savoir ne saurait faire de la psychanalyse une science de la division du sujet entre vérité et savoir.

Les sciences ignorent la vérité comme cause du sujet, démarche forclusive de suppression du sujet. Dans *Le moment de conclure (Séminaire XXV)*, Lacan resitue la psychanalyse de façon plus modeste, comme une technique (de l'ordre d'un savoir-faire, et non pas épistémè, même si elle comporte une part de savoir) et une pratique (car elle est essentiellement un processus de changement), une « pratique du bavardage », et il se réfère au même Popper et à son critère de non-réfutabilité pour exclure la psychanalyse du champ de la science.

Avec Jacques Lacan naît la conception du sujet en tant que déterminé par sa structure. La démarche freudienne fut d'examiner à partir du symptôme l'incidence de l'inconscient. Tout en conservant les trois entités structurales névrose, psychose et perversion, Lacan a repensé les phénomènes de chaque entité à partir de la structure du sujet, lequel est déterminé par la structure du signifiant et du discours. Au terme de sujet il substitue le terme de « parlêtre », qu'il introduit tard dans son enseignement et

---

1. J. Lacan, « La science et la vérité », dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 863.

qui viendrait d'une vieille définition de la métaphysique grecque de « vivant qui a le langage », interrogeant l'articulation du vivant et du logos : c'est, ainsi que je le comprends, ce que permettent d'interroger les trois catégories lacaniennes du réel, du symbolique et de l'imaginaire. Bien sûr, cela ne change rien à la structure du sujet, mais permet d'en questionner les fondements et d'en avoir une conception différente.

Le réel, le symbolique et l'imaginaire ne sont pas des concepts. Ce sont, en effet, des « catégories », des attributs et, par ailleurs, ces trois catégories R, S et I peuvent être articulées à ce qu'en disait (écrits acroamatiques) Aristote : « Aucun de ces termes en lui-même et par lui-même n'affirme rien, ni ne nie rien ; c'est seulement par la liaison de ces termes entre eux que se produit l'affirmation ou la négation » (catégories de l'interprétation, *Organon I et II*). Ainsi, réel, symbolique et imaginaire séparément ne suffisent pas à faire un sujet ; mais c'est de leur nouage, de leur liaison que résulte le sujet.

\*

Dès lors, il me semble que l'introduction du nœud borroméen, avec les séminaires *R.S.I.* et *Le sinthome*, amène du changement à deux niveaux :

– d'abord, cette introduction change la question du diagnostic. Changement par rapport déjà au concept de forclusion du Nom-du-Père : le nœud borroméen nous permet de sortir de l'alternative binaire Nom-du-Père versus forclusion du Nom-du-Père. Ce binaire a la fâcheuse conséquence de ne pas permettre d'envisager les multiples modalités de l'être d'un sujet, de consentir à la singularité d'un sujet, mais dans des limites dictées par la conceptualisation. Ainsi, la théorie du sinthome nous engage à ne pas faire l'impasse sur le particulier, impasse qui conduit à l'exclusion de ce qui ne peut se ranger dans les catégories classiques. Et alors, dans ce cas, qu'en faire si ce n'est des « borderlines », terme qui ne dit rien de ces sujets ? Cette singularité du sujet est peut-être ce que Canguilhem dans son ouvrage *Le normal et le pathologique* appelait « l'allure », qui est ce que le sujet humain donne à sa vie au-delà de l'idée de norme. J'ajouterai que nous pouvons peut-être rapprocher « l'allure » de Canguilhem de ce que Joyce nomme « rythme individualisateur », dans son premier véritable

ouvrage, *Portrait de l'artiste*, en 1904, et qui constitue sa conception de la personnalité<sup>2</sup>. L'écriture de Joyce témoigne de ce « rythme individualisateur », lui qui mettait tout l'accent sur la sonorité, le rythme et le jeu verbal ; le sens lui paraissait indifférent ou négligeable, écrit Richard Ellman<sup>3</sup> ;

- ensuite, même si l'on peut contester les apports cliniques des conceptions borroméennes sur certains points, cela permet cependant à la psychanalyse un nouvel abord de la clinique dans son ensemble, y compris celle des psychoses, qui était laissée auparavant à la seule psychiatrie (à condition, de plus, que la psychose soit déclenchée), et surtout d'avoir une représentation différente de la folie, de « ne pas reculer devant la folie ». Heureusement, car, et c'est un constat partagé, les sujets psychotiques demandent de plus en plus à rencontrer les analystes.

La clinique borroméenne est précieuse pour accueillir ces sujets-là, car, avec l'introduction des conceptions borroméennes, toute une phénoménologie est repensée concernant ce qu'il en est du rapport au corps (imaginaire), au langage (symbolique) et à la jouissance du vivant (réel), selon qu'ils sont noués ou pas, ou selon la modalité dudit nouage.

Lacan va définir et élaborer une clinique borroméenne à partir des séminaires *R.S.I.*, *Le sinthome* et *L'insu que sait...* Sur le plan de la doctrine, cela repose sur les questions que Lacan se pose sur le réel, sur la suppléance à propos de Joyce, mais surtout sur le remaniement de la fonction du père, sur l'équivalence des trois registres R, S et I et la tripléité du Nom-du-Père (c'est le passage du singulier au pluriel du Nom-du-Père). Chaque anneau peut supporter le Nom-du-Père. C'est toute la question de la nomination.

Ces nouvelles élaborations de Lacan sont homogènes avec la définition qu'il donne de l'inconscient. Elles ouvrent un champ nouveau dans la pratique, par exemple pour l'interprétation via les rapports de l'inconscient et du symptôme : c'est le rapport de circularité entre le symptôme et l'inconscient, tel que Lacan le conçoit à partir du nœud borroméen. C'est la question du réel d'un effet de sens, ou à quoi tient « l'effet de sens dans

---

2. R. Ellmann, *Joyce*, t. I, Paris, Gallimard (1<sup>re</sup> édition : 1959), coll. « Tel », 1987, p. 178.

3. R. Ellmann, *Joyce*, t. II, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1987, p. 360.

son réel<sup>4</sup> ». Dans la clinique, c'est la question de concevoir que le symptôme, soit l'usage des mots, opère dans le réel, alors que le symbolique et le réel ne sont pas directement liés l'un à l'autre mais supposent un troisième, l'imaginaire, pour réaliser le nouage.

Dans la psychose se retrouvent ces questions : comment un sujet va trouver, inventer ce qui lui permettra de nommer ce qui pourra suppléer le Nom-du-Père, et la façon dont ce sujet va se construire, se bricoler une solution à la place du signifiant défaillant, solution qui permettra un nouage sinthomatique.

Un certain nombre d'éléments symptomatiques d'importance se retrouvent dans toutes les entités cliniques, de façons différentes cependant. Le problème précisément est de parvenir à repérer ces distinctions dans leur expression et, avant tout, la question est de savoir comment définir un symptôme.

Freud définissait le symptôme par sa structure métaphorique, qui relève en tant que telle du déchiffrement. Les deux approches, freudienne et lacanienne, se fondent sur les deux grandes lois du langage, métaphore et métonymie, constituantes du symptôme dans sa formation et ses implications. Mais Lacan précise que c'est plus particulièrement les effets de sens introduits dans la substitution signifiante qui organisent le symptôme, sur un versant métonymique. Le symptôme, inscrit sur le corps, se « moterialise », car c'est de l'effet du langage sur le corps qu'il surgit. Lacan a fait du symptôme, qui témoigne de l'existence de l'inconscient, le mode de jouissance du sujet, avec le rapport étroit entre les « premiers jours » véhiculés par la « lalangue », laquelle échappe au signifiant.

Discerner la structure d'un sujet à partir des éléments de son discours est un enjeu majeur : pour Lacan, c'est ce savoir clinique qui doit orienter l'acte analytique, vers la modération d'une jouissance débridée ou vers l'analyse du refoulé. Par exemple, l'abord d'une anorexie sera différent dans un cas de mélancolie ou dans un cas d'hystérie.

---

4. J. Lacan, *R.S.I.*, séminaire inédit, 11 février 1975.

La difficulté d'appréciation est réelle en l'absence de phénomènes élémentaires (automatismes mentaux, hallucinations, troubles de la perception, états oniroïdes ou éléments verbaux délirants), ce qui n'exclut nullement une structure psychotique.

Le concept lacanien de structure ainsi que le récent concept de « psychose ordinaire » (cf. Jean-Claude Maleval dans son séminaire *Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire*) répondent à la fréquence actuelle de psychoses non déclenchées fonctionnant à *bas bruit*. Avec le développement des études sur ce sujet, la notion de phénomène élémentaire s'est élargie et la présence de celui-ci n'implique plus nécessairement le déclenchement de la psychose. La psychose clinique n'est plus, dès lors, qu'une possibilité qui s'actualise à l'occasion de « mauvaises rencontres ».

L'identification de la structure psychotique hors déclenchement n'est donc plus réductible au discernement de faits morbides initiaux. L'articulation de l'être d'un sujet dans un nouage qui lui est spécifique, les modes de suppléance qui lui sont propres donnent consistance au concept de structure.

Cependant, les demandes émanant de sujets dont la psychose est déclenchée, chez lesquels la symptomatologie est d'ores et déjà manifeste, se font aussi plus fréquentes ; se pose alors non plus le problème du diagnostic mais celui de la prudence dans la conduite du travail. Ces sujets-là viennent adresser une demande d'écoute au psychanalyste, l'écoute de la psychiatrie s'étant faite de plus en plus réduite, si ce n'est inexistante.

Il arrive fréquemment que des sujets en demande d'analyse soient établis dans une structure psychotique qui présente une symptomatologie d'apparence névrotique, avec des phobies, des obsessions ou même des conversions, et un discours « capitonné ». La conception de Jacques Lacan avance que la névrose, comme aussi bien la psychose, n'est pas seulement repérable par des symptômes mais que toute la personnalité d'un sujet porte la marque de sa structure (cf. le séminaire *Les formations de l'inconscient*, dans la séance intitulée « Une sortie par le symptôme »).

\*

Le cas paradigmatique de l'Homme aux loups m'a permis de poser la question du diagnostic, d'une part parce qu'il est le seul cas à avoir été suivi depuis l'histoire de son enfance jusqu'à sa mort, d'autre part parce qu'il reste un paradigme du questionnement sur le diagnostic.

Pour ce faire, j'ai travaillé à partir de l'écrit de Freud, « Extrait de l'histoire d'une névrose infantile » ; avec le recueil de textes réunis par Muriel Gardiner sous le titre *L'Homme aux loups par ses analystes et par lui-même*, et en particulier sur le supplément à l'écrit de Freud que fit Ruth Mac Brunswick ; avec aussi les entretiens de Karin Obholzer avec Serguéi Pankejeff. J'ai consulté également divers ouvrages, dont celui de Patrick Mahony, *Les hurlements de l'Homme aux loups*, ainsi que des articles d'auteurs parus dans des revues d'orientations différentes, qui m'ont ainsi permis d'aborder la diversité des conceptions et des diagnostics posés et, par conséquent, la question du diagnostic en soi, laquelle met à l'épreuve la symptomatologie et les différents statuts du symptôme dans l'enseignement de Lacan. J'ai soutenu l'hypothèse d'un diagnostic de psychose pour l'Homme aux loups et me suis posé deux séries de questions, la première sur le plan clinique et la seconde sur le plan épistémique.

*Ma première question clinique* a porté sur le premier des diagnostics posés sur le cas de l'Homme aux loups, celui d'Emil Kraepelin : s'était-il totalement trompé dans son diagnostic de psychose maniaco-dépressive, ainsi qu'il l'avoue par la suite à Serguéi Pankejeff <sup>5</sup> ?

---

5. On se souvient que Kraepelin avait diagnostiqué une psychose maniaco-dépressive chez Serguéi Pankejeff, de même que chez son père, puis était revenu sur ses déclarations. Cependant, excepté Freud qui écrit n'avoir jamais noté de changement d'humeur chez son patient pendant qu'il était en analyse avec lui, tous les auteurs, de même que Serguéi Pankejeff lui-même, ont observé ses fréquents états dépressifs, voire de mélancolie, alternant avec des périodes d'euphorie.

Dans sa thèse, Lacan expose la fréquence avec laquelle les auteurs psychiatres français et allemands décrivent des « troubles de l'humeur » dans la psychose paranoïaque et les rapports étroits des variations de l'humeur, maniaques et mélancoliques, avec des idées délirantes : Esquirol confondait le délire de persécution et les lypémanies, que Lasègue isola dans la nosographie. Variations de l'humeur et idées délirantes apparaissent donc au plus grand nombre des auteurs comme étant intriquées.

Ma seconde question clinique a été celle de la valeur et de l'interprétation des symptômes névrotiques de l'enfance, tels qu'ils apparaissent dans l'observation et l'interprétation de Freud, puis des symptômes de l'âge adulte dans l'observation et l'interprétation que fit Ruth Mac Brunswick.

En premier lieu, l'interrogation porte sur l'hallucination du doigt coupé dans l'enfance : permet-elle de trancher (si je puis dire !) quant à une structure ? Est-ce une hallucination névrotique ou psychotique ? Sur quels critères peut-on se fonder pour les différencier ?

En second lieu, que signifient les conversions hystériques, en relation avec l'identification à la mère ? Cette identification a-t-elle la même valeur dans l'enfance et à l'âge adulte ? Quelles sont la place et la fonction des symptômes hypocondriaques de l'Homme aux loups ? Où ont-ils pu trouver leur origine ?

En troisième lieu, mon interrogation porte sur la disparition ou la possible rémanence des symptômes de l'enfance, sur la phobie des loups et sur les doutes de la névrose obsessionnelle de l'enfance. Peut-on retrouver tous ces symptômes à l'âge adulte ? Et sous quelle forme ?

Ces questions m'ont permis de soutenir la pertinence de l'hypothèse structurale de Jacques Lacan et de la permanence de la structure.

Sur le plan épistémique, j'ai interrogé la théorie de Freud de l'Œdipe et celle de Lacan du Nom-du-Père et de la forclusion du Nom-du-Père, de la métaphore paternelle et de la signification phallique qui l'accompagne. Qu'en est-il de la métaphore paternelle et de la signification phallique dans le cas de l'Homme aux loups ? Un autre discours est-il possible, et, dans ce cas, comment s'articule-t-il pour Serguéi Pankejeff ?

Le virage lacanien des années 1970 du Nom-du-Père vers le sinthome constitue une alternative à la référence au Nom-du-Père et à l'Œdipe freudien. Une clinique du sinthome est-elle alors pertinente ? Geneviève Morel, dans son ouvrage *Ambiguïtés sexuelles*, écrit à propos d'une patiente psychotique : « L'invention de celle-ci manifestait une tendance à l'abolition de son nom propre au profit d'un nom délirant trop plein de sens. Dans la psychose, cette transformation du nom propre, glissant vers le nom commun, est assez fréquente dans les moments de

décomposition du symbolique. » Il me semble que l'on peut faire un parallèle avec le nom de Wolfman qui se substitue au nom propre de Serguéï Pankejeff et par là même l'abolit.

\*

Sur le plan épistémique aussi, j'ai défendu *l'hypothèse d'un changement de paradigme* lors de l'introduction du nœud borroméen, dont les schémas répondent à une réalité clinique. Plusieurs exemples nous sont donnés : le sinthome, avec Joyce, « qui démontrait qu'on pouvait se passer du Nom-du-Père sans être fou, bien que de structure psychotique, à la condition de construire un sinthome qui tienne », écrit Geneviève Morel dans l'ouvrage cité plus haut. Ce sinthome est l'invention d'une autre manière de capitonner la jouissance. Lacan a désigné du nom de sinthome la localisation de la jouissance lorsqu'elle réussit à nouer réel, symbolique et imaginaire. Par exemple encore, la maladie de la mentalité, la psychose lacanienne, dont les phénomènes cliniques sont abordés avec les trois registres R, S et I et avec la définition de l'inconscient réel.

Il y a, en effet, deux positions :

- celle de l'absence de rupture et de changement de paradigme. Lacan a montré dans son enseignement les passages entre la période structuraliste et la période borroméenne (cf. Colette Soler, *La querelle des diagnostics*). Par exemple, les phrases interrompues de Schreber sont l'illustration de la rupture entre R, S et I, ce qui donne à penser le nouage borroméen comme la condition de la chaîne signifiante. Pour cette position, Lacan aurait traduit ses analyses cliniques dans différentes formulations. Il n'y aurait pas de saut dans un nouveau paradigme mais des déplacements et un nouveau schématisme ;

- celle en faveur d'un changement de paradigme. Je me suis appuyée sur l'ouvrage de Jean Allouch *Freud, et puis Lacan* et sur la définition de T. Kuhn : en particulier, le nouveau paradigme change la signification des concepts établis. Il y a un ou des déplacements des questions ; il s'agit non pas d'un processus cumulatif ou d'une extension, mais bien plutôt d'une reconstruction sur de nouveaux fondements et il y a là une définition nouvelle du domaine de recherche.

Par ailleurs, il me semble que l'on peut trouver un changement de paradigme entre l'inconscient-hypothèse de Freud et l'inconscient-réel de Lacan, entre l'inconscient freudien et l'inconscient lacanien. L'inconscient réel, l'inconscient comme ex-sistence s'oppose à l'inconscient freudien sur plusieurs points : il s'oppose à l'inconscient comme hypothèse et à l'inconscient comme imaginaire. Le concept d'inconscient réel affirme d'une part qu'il existe et n'est plus une hypothèse ; d'autre part qu'il ex-siste à l'imaginaire ; de plus, qu'il est noué et articulé à ce qu'un sujet a de plus réel, son symptôme. La conception lacanienne de l'inconscient est dépendante de sa conception du symptôme (cf. le séminaire *L'inconscient lacanien*). Chez Freud, c'est un inconscient phénomène, alors que pour Lacan le fondement de l'inconscient se trouve dans le langage ; de l'inconscient concept du *Séminaire XI*, Lacan est passé à l'inconscient réel dans le *Séminaire XXIII, Le sinthome*. Cette conception de l'inconscient à partir des trois « dits-mentions » des dits du sujet parlant dans le nœud borroméen, cette conception topologique, écriture du réel, s'oppose à la conception topique de Freud. Cet objet topologique constitue la structure du discours de l'inconscient.

\*

Cette recherche a été pour moi une ouverture, à la fois l'éveil et l'affirmation d'un désir de travail dans la cause analytique. Plus qu'une fin en soi, elle marque bien plutôt un engagement.