



CHAMP FREUDIEN

COLLECTION DIRIGÉE PAR  
JACQUES-ALAIN ET JUDITH MILLER



LA FORCLUSION  
DU NOM-DU-PÈRE

## Du même auteur

Folies hystériques et psychoses dissociatives  
*Payot, 1981; 4<sup>e</sup> éd., 2007*

Logique du délire  
*Masson, 1996; 2<sup>e</sup> éd. augmentée, 2000*  
*Presses universitaires de Rennes,*  
*nouvelle éd. revue et augmentée, 2011*

L'Autiste et sa voix  
*Seuil, « Champ freudien », 2009*

L'Autiste, son double et ses objets  
(direction)  
*Presses universitaires de Rennes, 2009*

Écoutez les autistes!  
*Navarin éditeur, 2012*

Étonnantes mystifications  
de la psychothérapie autoritaire  
*Navarin éditeur, 2012*

*Jean-Claude Maleval*

LA FORCLUSION  
DU NOM-DU-PÈRE

Le concept et sa clinique

*Éditions du Seuil*

*25, bd Romain-Rolland, Paris XIV<sup>e</sup>*

ISBN 978-2-02-037377-7

© ÉDITIONS DU SEUIL, SEPTEMBRE 2000

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

[www.seuil.com](http://www.seuil.com)

À Sophie.



## *Introduction*

La forclusion du Nom-du-Père n'est certes pas l'alpha et l'oméga de la psychose. Savoir si elle détermine ou non la structure du sujet, Cottet le souligne, ne suffit pas à « prévoir ou à prédire les suites, les effets, les crises et les rechutes <sup>1</sup> » ; cependant la diffusion de la psychanalyse, un siècle après l'avènement de la découverte freudienne, entraîne un accroissement considérable des demandes de cures émanant de sujets psychotiques, or discerner ceux-ci parmi les sujets névrotiques constitue l'un des enjeux majeurs des entretiens préliminaires. La conduite de la cure en dépend. La possibilité même d'un traitement authentiquement psychanalytique du psychotique est subordonnée à la capacité d'opérer cette distinction. L'opération n'est pas aisée en raison d'une profusion de concepts développés dans le champ clinique de la frontière névrose-psychose incitant à gommer son tranchant (borderline, personnalité narcissique, psychose blanche, etc.). Celui-ci ne se dégage que d'une prise en compte de la forclusion du Nom-du-Père. Nul n'ignore l'existence de ce concept introduit par Lacan en 1957 dans la théorie psychanalytique pour appréhender la structure psychotique. Mais peu de cliniciens en ont le maniement. Sa diffusion n'a d'égal que sa

1. COTTET (S.), « L'hypothèse continuiste dans les psychoses », in *L'Essai*, revue clinique annuelle, publiée par le département de psychanalyse, université Paris-VIII, p. 11.

méconnaissance. Certains considèrent qu'il ne s'agit pas d'une notion clinique. D'autres coupent le Nom-du-Père de la forclusion, pour faire de cette dernière un mécanisme de défense supplémentaire, ou pour multiplier les signifiants sur lesquels elle s'exercerait. Nouvelle manière d'escamoter la frontière névrose-psychose.

Une des raisons de ces confusions réside dans l'absence d'une exposition systématique de la forclusion du Nom-du-Père dans l'enseignement de Lacan. Le texte le plus consulté à cet égard, le séminaire III, « Les psychoses », ne relate que son émergence, non encore advenue, puisqu'il n'y figure pas explicitement. Il trouve ses développements les plus élaborés quelques années plus tard dans la « Question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », d'accès difficile au lecteur non averti, et qui surtout est d'avant les travaux majeurs, des années soixante-dix, dans lesquels la jouissance et le réel deviennent prévalents. Les dernières recherches renouvellent et dépassent les élaborations de la logique du signifiant qui ont fourni les conditions de possibilité de la construction du concept de forclusion du Nom-du-Père. L'étude des conséquences de celle-ci sur l'économie de la jouissance constitue l'axe des études cliniques qui forment la seconde partie du présent ouvrage. La première s'attache à suivre la construction et l'évolution du concept dans la recherche toujours en mouvement de Lacan.

L'acceptation ou le refus de l'hypothèse de la forclusion du Nom-du-Père conditionne l'ensemble des choix théoriques de l'analyste, et sa conception même de la cure. Son importance décisive dans le champ de la théorie analytique constitue la principale raison qui justifie la présente étude orientée vers une saisie précise du concept et de sa clinique. Nos recherches précédentes sur les grandes hystéries trouvèrent justement là leurs limites : dans un approfondissement insuffisant de la clinique de la forclusion du Nom-du-Père. L'examen de l'une des faces

de la frontière névrose-psychose appelait l'étude de l'autre. De cette vue plus globale s'impose certes toujours de faire une place, encore trop méconnue, aux hystéries crépusculaires, mais nul doute que le champ d'extension accordé à celles-ci, en 1981, avec un brin d'enthousiasme, demanderait maintenant à être réduit<sup>1</sup>.

Il faut souligner que notre effort de mise en place des éléments majeurs permettant d'appréhender la forclusion du Nom-du-Père n'aurait pas été possible sans le préalable du travail considérable de lecture et d'approfondissement de l'enseignement de Lacan poursuivi par Jacques-Alain Miller depuis 1972 dans son séminaire sur « L'orientation lacanienne ». Il y a souligné que la réduction trop souvent opérée de cet enseignement à une logique du signifiant l'ampute de ses développements ultimes les plus féconds qui prennent appui sur une « axiomatique de la jouissance ». Il a ainsi progressivement ouvert des voies de recherches qui ont nourri de multiples travaux développés dans le creuset de l'École de la Cause freudienne – celle confiée par Lacan à ses élèves en 1981. De ces contributions nous sommes très largement redevables, en particulier de celles de Rosine et Robert Lefort et de Michel Silvestre. Nous ne saurions cependant penser que notre travail exprime une opinion collective : il reste une approche singulière. Quand il vise à déployer la richesse heuristique du concept de forclusion du Nom-du-Père, il prend parti sur des points controversés, il s'attache à certains phénomènes peu étudiés, il développe une échelle des délires à peine esquissée par Lacan, de sorte qu'il ne recueille pas un savoir convenu, c'est une thèse qui s'y argumente. Elle concerne la structure de la psychose, non pas déterminée par la forclusion, réduction trop fréquente, mais par la forclusion du Nom-du-Père.

Dans les années trente, la recherche de Lacan trouve sa dynamique dans une rencontre privilégiée avec la paranoïa, qui le

1. MALEVAL (J.-C.), *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Payot, Paris, 1981.

confronte aux impasses de la psychiatrie, et qui le porte à s'intéresser à la découverte freudienne. Sa thèse de médecine soutenue en 1932, « La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité », constitue un travail atypique : ultime fleuron de la clinique psychiatrique classique, elle tente de prendre en compte l'inconscient freudien. En vain. Du propre aveu de son auteur, elle y échoue. Il confie avoir quelque réticence à la republier en 1975 : certes, « l'enseignement passe par le détour de mi-dire la vérité », mais la nécessité d'avoir opéré ce détour-là après coup ne s'impose pas<sup>1</sup>. La détermination de la structure de la psychose en référence à la forclusion du Nom-du-Père se fait en rupture avec les développements de la thèse. En revanche, la seconde théorie de la psychose développée en 1946 dans le « Propos sur la causalité psychique », bien que fondée sur une « psychologie concrète » mettant au premier plan l'imgo et les identifications, bien que traitant d'une « folie » qui série encore mal entre psychose et névrose, sera pour une grande part incluse dans le champ des effets imaginaires produits par le déchaînement du signifiant. Ce dernier constitue le schème initial majeur permettant de concevoir la clinique de la forclusion du Nom-du-Père.

Quand le concept qui appréhende la structure de la psychose est introduit en 1957, Lacan se trouve dans un moment de sa recherche lors duquel il prône résolument un retour à Freud, tandis qu'il pose les fondements d'une clinique psychanalytique structurale. La construction de cette dernière prend appui sur la clinique psychiatrique classique. « Il est certain, notait Jacques-Alain Miller en 1979, qu'on est amené à utiliser le langage que la clinique psychiatrique nous a légué, au point que Lacan pouvait dire : au fond, c'est la seule clinique que nous ayons<sup>2</sup>. »

1. LACAN (J.), *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Le Seuil, Paris, 1975, page de garde.

2. MILLER (J.-A.), « Complément aux journées des cartels sur la psychose », in *Lettres de l'école*, bulletin intérieur de l'École freudienne de Paris, 1979, 27, p. 244.

Cependant celle-ci semble s'épuiser. Depuis trente ans, affirme Lacan en 1967, il n'y a pas eu la moindre découverte dans le champ de la psychiatrie concernant son rapport avec le fou. « Pas la plus petite modification clinique. Pas le moindre apport ». Nous en restons avec le bel héritage du XIX<sup>e</sup> siècle, nous n'avons guère eu depuis lors que quelques retouches, les derniers compléments ayant été apportés par Clérambault. Ai-je oublié quelque tableau clinique ? demande-t-il à l'assistance<sup>1</sup>. Sans doute pourrait-on faire remarquer qu'on ne saurait compter pour rien quelques découvertes postérieures à Clérambault : en premier lieu l'autisme de Kanner en 1943, le syndrome d'Asperger en 1944, mais aussi le transsexualisme en 1953, voire le syndrome de Münchhausen en 1951, et même le syndrome de Lasthénie de Ferjol en 1967. Toutefois, malgré les apparences, cette liste semble confirmer que la psychiatrie classique a atteint une limite interne à sa démarche quand on constate qu'une seule de ces découvertes est due à un psychiatre (Kanner), les autres sont à porter au crédit d'un endocrinologue (H. Benjamin), d'un hématologue (J. Bernard), d'un généraliste (R. Asher), et d'un pédiatre (H. Asperger)<sup>2</sup>.

Aujourd'hui, en cette fin de siècle, les ponts qui semblaient pouvoir s'instaurer entre la clinique psychiatrique et la clinique psychanalytique s'avèrent singulièrement distendus. Ils semblent sur le point de se rompre. Une nouvelle clinique tend à régir le discours psychiatrique. Elle naît de la découverte du Largactil en 1952, des progrès de la chimiothérapie dans le traitement des symptômes psychotiques, et des sympathies de l'imaginaire posi-

1. LACAN (J.), « Petit discours aux psychiatres », Cercle psychiatrique, H. Ey. Sainte-Anne, conférence inédite du 10 novembre 1967.

2. Nous ne saurions considérer l'introduction du concept de borderline, dans les années quarante, par des psychanalystes américains, comme une contribution consistante à la clinique (cf. Maleval, J.-C., « Les variations du champ de l'hystérie en psychanalyse », in *Hystérie et obsession*, Navarin, Paris, p. 151-164).

tiviste dominant pour l'homme neuronal. Elle ne prend plus son départ dans l'observation du sujet mais dans l'efficace de la molécule. Les conséquences s'en font sentir, écrit Palomera, « dans la détresse croissante du sujet, dans la solitude de sa relation avec une jouissance qu'il n'arrive pas à condenser dans les produits que lui offre la technologie scientifique<sup>1</sup> ». La clinique psychiatrique moderne renoue avec une appréhension du fou qui n'est pas compatible avec l'expérience des psychanalystes. Si Freud fait des *Mémoires* du président Schreber un texte freudien c'est, souligne Lacan, parce qu'il y introduit « le sujet comme tel, ce qui veut dire ne pas jauger le fou en termes de déficit et de dissociation des fonctions. Alors que la simple lecture du texte montre avec évidence qu'il n'est rien de pareil en ce cas<sup>2</sup> ».

L'effet fort peu spécifique des thérapeutiques biologiques, qui agissent de manière globale, qui traitent surtout le comportement, rend dérisoire la recherche du détail clinique. C'est une des raisons, selon Bercherie, de la disparition de la clinique psychiatrique classique, remplacée par les schématisations de la sémiologie quantitative américaine. Il en ajoute trois autres<sup>3</sup>. L'une résulterait de son succès et de son essoufflement. Une seconde résiderait dans la diffusion de la psychanalyse : elle a constitué un facteur incitant la réflexion psychiatrique à se détourner du cadre classique. Celui-ci est apparu comme se limitant à une approche formelle et superficielle, d'où la tentation de doter la nosologie de profondeur en la situant au sein de systèmes anthropologiques (H. Ey, P. Guiraud, K. Schneider, les écoles phénoménologiques). Enfin, dans les années soixante-dix, le mouvement antipsychiatrique a mis en cause l'appareillage de

1. PALOMERA (V.), « Comment la science disculpe », in *Le Symptôme-Charlatan*, textes réunis par la fondation du Champ freudien, Le Seuil, Paris, 1998, p. 340.

2. LACAN (J.), « Présentation des *Mémoires d'un névropathe* », *Cahiers pour l'analyse*, Le Seuil, Paris, 1966, 5, p. 70.

3. BERCHERIE (P.), *Les Fondements de la clinique*, Navarin, Paris, 1980.

l'observation comme participant de l'aliénation et de l'objectivation des malades. Dès lors, l'orientation positiviste actuelle de la psychiatrie la conduit à placer l'essentiel de ses espoirs thérapeutiques dans la pharmacologie. Celle-ci, note J.-A. Miller, « introduit un élément, une substance, et on observe les effets qu'elle a sur les phénomènes. On peut construire à partir de cet élément extérieur une clinique qui a sa valeur. La psychanalyse introduit également un élément, qui n'est pas une substance, mais l'analyste, ou la parole, ou l'écoute, et nous obtenons aussi une clinique, mais cette fois sous transfert. Ces deux cliniques sont concurrentes. La clinique sous substance abrase les phénomènes : ils disparaissent sans être pénétrés. Il y a bien entendu des phénomènes qui résistent à la clinique sous transfert, mais elle permet une connaissance scientifique, ou parascientifique, bien plus fine que ce qui s'obtient de l'autre côté. [...] La clinique sous substance tend à confondre des symptômes très différents – par exemple, sous le nom de la dépression. La différenciation que permet la psychanalyse est infiniment plus puissante. Je suis sûr qu'aux États-Unis un nombre impressionnant de femmes hystériques sont traitées comme des schizophrènes. La première chose que devrait faire le féminisme américain, c'est de militer pour le rétablissement du diagnostic de névrose hystérique... La méconnaissance des distinctions fondamentales faites en psychiatrie classique et en clinique freudienne peut avoir des conséquences inhumaines<sup>1</sup> ». On ne saurait trop en effet souligner que le sujet de l'énonciation, qui avait place dans la clinique psychiatrique classique, se trouve maintenant étouffé dans la statistique, réduit par la biologie<sup>2</sup>, délaissé par la médecine du mental. « Aujourd'hui, constate G. Briole, la psychiatrie est de son temps.

1. MILLER (J.-A.), ETCHEGOYEN (R.H.), *Silence brisé*, Agalma/Le Seuil, 1996, p. 23-24.

2. Plus le discours de la science s'étend, plus le sujet resurgit à ses limites sous des formes diverses. C'est pourquoi il y a des raisons d'attendre des progrès de la

Elle est résolument américaine, donc moderne ! Elle voudrait pouvoir classer les approches cliniques de Kraepelin et de Clérambault – telles que Lacan les ressaisit dans une dimension structurale – et le débat avec Henri Ey, au chapitre “Historique”. Voici donc la psychiatrie restaurée par la science, enfin admise dans le cercle du monde scientifique que soutient, qu’infiltré, voire qu’incarne l’industrie pharmaceutique qui n’hésite pas à se parer, en la circonstance, du voile pudique des neurosciences<sup>1</sup>. » Dès lors, de fait, par l’intermédiaire des textes freudiens, et par le truchement d’une pratique de la singularité, l’héritage du trésor clinique classique échoit aujourd’hui aux psychanalystes. Une mutation conceptuelle est en cours. Elle est à la tâche d’élaborer une nouvelle clinique qui s’efforce de couper ses adhérences avec la clinique classique sans pourtant la méconnaître. Or le sujet de l’inconscient manque à être, il ne trouve rien en lui-même qui le façonne, si ce n’est son défaut. Dès lors la clinique psychanalytique ne saurait s’enfermer dans la monade de l’individu. Elle n’est concevable que fondée sur des structures discernables dans la relation à l’Autre.

L’innovation lacanienne majeure introduite par la forclusion du Nom-du-Père en constitue aujourd’hui un des axes incontournables. Elle désigne une carence du signifiant qui assure la consistance du discours du sujet. Une clinique s’en déduit.

---

biologie une délimitation plus précise de son domaine, et une meilleure connaissance du mode d’action des thérapeutiques chimiques, le champ du corps habité par le langage y trouvera à mieux se dégager. Les progrès de la clinique psychanalytique affineront de même, sur leur versant, le tracé des frontières avec la clinique neurologique, encore incertaines. Malgré cela, le partage du champ de la psychiatrie en troubles répondant à deux logiques nettement différenciables n’est guère contestable, sauf à verser dans une approche prétendument athéorique, quant à l’étiologie, oublieuse de l’histoire de sa construction, voire à succomber aux mythes positivistes.

1. BRIOLE (G.), « L’avenir de la psychiatrie : la psychanalyse », in *Le Symptôme-Charlatan*, textes réunis par la fondation du Champ freudien, Le Seuil, Paris, 1998, p. 358.

Les troubles du langage sont d'abord mis au premier plan, à tel point que leur discernement est posé en 1956 comme une exigence provisoire de son identification. Après avoir indiqué les limites des approches linguistiques pour caractériser le langage du schizophrène, nous montrerons que les développements ultérieurs de l'enseignement de Lacan confirment cette exigence. La carence de la signification phallique implique une rupture de la chaîne signifiante qui libère dans le réel des lettres sur lesquelles se trouve fixée une jouissance dérégulée. Certains néologismes en témoignent, mais ce terme est trop indéfinissable pour servir une clinique rigoureuse. L'introduction du concept d'holophrase apparaît nécessaire pour une appréhension structurale des phénomènes qui spécifient la position énonciative du psychosé.

L'étude du déclenchement de la psychose conduit assez directement à l'hypothèse de la forclusion du Nom-du-Père si l'on considère ce dernier comme l'élément pivot de l'ordre symbolique. Qu'un bouleversement se produise avec fréquence à l'occasion de la rencontre d'un Père, situé en tiers dans un couple imaginaire, incite à concevoir que la mise en jeu du signifiant paternel, en révélant ce que le sujet n'a pas symbolisé, déchaîne le signifiant et contraint à le réorganiser dans son ensemble. Toutefois, les éléments biographiques mis au jour concernant Schreber le montrent clairement, de telles circonstances ne déclenchent pas inéluctablement les troubles : il y faut d'autres conditions. Il semble qu'elles soient à chercher dans une conjonction, faite d'une mauvaise rencontre avec l'incomplétude de l'Autre, et d'une défaillance de ce qui permettait au sujet de voiler le vide de la forclusion, pour l'essentiel identifications imaginaires ou suppléances.

Parmi les manières de remédier à des confrontations au réel qui marquent un moment de bascule dans l'existence du sujet, le délire constitue la plus remarquable et la plus complexe. La psychiatrie classique a mis en évidence une structure évolutive du

délires répondant le plus souvent à une tripartition périodique : de la perplexité initiale à la suture mégalomaniacale en passant par un temps intermédiaire d'élaboration inquiète. La succession des périodes étant rapportée à une déduction raisonnée, par conséquent limitée à une psychologie de la conscience, Freud ne fut pas intéressé par ces analyses. Quant au « seul maître en psychiatrie » de Lacan, Gaëtan de Clérambault, son automatisme mental, fondé sur une étiologie neurologique, distingue bien une période d'incubation « anidéique », suivie par la construction de la superstructure délirante, mais il n'observe pas la période mégalomaniacale terminale, rien dans ses présupposés ne le portant à un examen approfondi de la finalité du délire. Depuis lors à cet égard les divergences entre les approches de la psychiatrie et de la psychanalyse n'ont cessé de croître. Pourtant, il semble possible de montrer que du rapprochement de la clinique psychiatrique classique à son apogée avec des éléments de la clinique de la forclusion du Nom-du-Père surgit une logique nouvelle, elle préside à la succession réglée, non pas de trois phases, mais de quatre. Cette logique quaternaire n'a guère été qu'esquissée par Lacan, mais son enseignement incite à la dégager : en étudiant le texte de Schreber il indique une telle évolution spécifique du délire. Il la rapporte fondamentalement à la position du président quant à l'éviration : « Objet d'horreur d'abord pour le sujet, puis accepté comme un compromis raisonnable [...], dès lors parti pris irrémédiable [...], et motif futur d'une rédemption intéressant l'Univers<sup>1</sup>. » Quatre étapes se dessinent, elles tracent le schéma d'une logique évolutive généralisable. Elles donnent corps à une intuition de Lacan qu'il n'a jamais pris la peine de développer : l'existence de ce qu'il nomme « une échelle des délires ». Cette dernière se dessine sur le continuum d'un travail autothérapeutique

1. LACAN (J.), « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », in *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966, p. 564.

orienté dont les degrés ne se dégagent que d'une considération des modes de jouissance du psychosé. La clinique quelque peu délaissée de la paraphrénie systématique y reprend de la force <sup>1</sup>.

La mise en évidence d'un pousse-à-la-femme inhérent à la psychose constitue un fait clinique qui s'impose comme massif dès que parvenu à la formulation. Il est observable sous des formes variées à tous les degrés d'évolution de la psychose déclarée : aussi bien dans les formes les plus hautes du délire que dans les états schizophréniques. L'émergence de La femme tend parfois à se confondre avec celle du Père jouisseur, mais elle se constitue parfois aussi en dernier rempart contre le réel.

Au terme de son enseignement, Lacan laisse une théorie de la psychose, non pas arrêtée, mais en pleine évolution. Or elle se trouve dans un état d'éparpillement, lui-même, emporté en sa recherche par d'autres problèmes, n'est pas parvenu à en dégager ce qu'il nomma en 1967 l'« autre centrement », attendu pour renouveler l'abord du traitement. Au reste, rien ne garantissait que ses avancées en recelaient la possibilité. Or, à cet égard, que propose aujourd'hui l'orthodoxie freudienne quand elle ne se focalise ni sur le renforcement du moi, ni sur la normalisation des fantasmes ? Rien d'autre en général qu'un retour au premier Freud, celui qui montrait la fécondité des concepts issus des névroses pour appréhender le fonctionnement des psychotiques. À cette stagnation du problème, ou à sa régression sur des pratiques psychothérapeutiques, il est maintenant possible d'opposer une approche nouvelle.

Chacun s'accorde aujourd'hui à considérer que la thèse freudienne selon laquelle le psychotique ne serait pas en mesure d'instaurer une relation transférentielle, en raison du retrait de la libido sur le moi, se trouve infirmée par la clinique. Comment

1. Cette thèse a déjà été développée, in Maleval, J.-C., *Logique du délire*, Masson, Paris, 1997.

cerner cependant la spécificité du transfert du sujet psychotique ? « Psychose de transfert », avancent les uns, en décalquant celle-ci sur la névrose de transfert, « Érotomanie de transfert » énonce Lacan, en dégagant un rapport à l'Autre spécifique.

Cependant, la conceptualisation de la forclusion du Nom-du-Père n'a pas d'emblée modifié l'appréhension de la cure analytique des psychotiques. L'« autre centrement » ne se dégage qu'après la mort de Lacan, au début des années quatre-vingt, dans les travaux de certains de ses élèves. Quand la jouissance n'est pas refoulée, il est vain de chercher à l'interpréter, parfois même nocif, en revanche il est possible de permettre au sujet de l'élaborer. En quoi la pratique analytique se trouve modifiée avec les psychotiques en s'orientant sur le tempérament de la jouissance, afin de permettre l'élaboration de suppléances, c'est ce dont le dernier chapitre donne un aperçu en relatant deux cures de notre pratique aux styles de transfert contrastés.

Il est cependant légitime de s'interroger aujourd'hui sur la pertinence du concept de forclusion du Nom-du-Père en regard de l'évolution considérable de l'enseignement de Lacan. Quel est le retentissement de l'équivalence des trois dimensions de la chaîne borroméenne, affirmée dans les années soixante-dix, sur la forclusion du Nom-du-Père, concept introduit dans les années cinquante, du temps du primat du symbolique ? La principale modification réside dans l'accent mis sur la pluralisation du Nom-du-Père. Sa progressive déchéance, sa dissémination dans les éléments de la chaîne borroméenne, sa fixation ultime dans le symptôme, ont conduit à mettre l'accent sur la richesse des solutions trouvées par de nombreux sujets pour suppléer à la fonction paternelle. La pluralisation du Nom-du-Père incite en dernière analyse à rapporter celui-ci à la loi particulière que chaque sujet trouve en son sinthome en tant qu'il noue le jouir au sens. Il s'en déduit que le Nom-du-Père constitue, non une loi symbolique universelle, mais une invention propre à chacun. Sa

<b>VI. En deçà de la « Question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » . . .</b>	<b>374</b>
<i>A. La première cure psychanalytique de psychotique .</i>	375
<i>B. Le retrait libidinal sur le moi . . . . .</i>	380
<i>C. Les incertitudes de Freud . . . . .</i>	384
<i>D. Les élaborations postfreudiennes         des années cinquante . . . . .</i>	395
<i>E. Les indications négatives de Lacan . . . . .</i>	400
<b>VII. Au-delà « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » : l'autre centrément . . . . .</b>	<b>418</b>
<i>A. Le traitement de Francine . . . . .</i>	424
<i>B. Le traitement de Karim . . . . .</i>	436
<i>C. Transferts psychotiques et conduite         du traitement . . . . .</i>	449
<b>Bibliographie . . . . .</b>	<b>475</b>
<b>Index des noms cités . . . . .</b>	<b>489</b>



RÉALISATION : IGS-CR, À L'ISLE-D'ESPAGNAC  
IMPRESSION : DUPLI PRINT, À DOMONT  
DÉPÔT LÉGAL : SEPTEMBRE 2000. N° 37377-7 (00000)  
*Imprimé en France*