



Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana
Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o Moderno e o Contemporâneo
ISSN 1809 - 709 X

Introduction à la notion de psychose ordinaire¹

Jean-Claude Maleval

Orcid: [0000-0003-4505-5155](https://orcid.org/0000-0003-4505-5155)

Psicanalista Membro da École de la Cause Freudienne e da Associação Mundial de Psicanálise (Paris, França)

Professor emérito de Psicologia Clínica na Universidade de Rennes 2 (Paris, França)

E-mai: jean-claude.maleval@univ-rennes2.fr

Resumé: La psychose ordinaire n'est ni une catégorie psychiatrique, ni même un diagnostic, mais un concept psychanalytique. Alors, à quoi sert-elle ? Voyons, il s'agit d'une notion précieuse pour la conduite du traitement psychanalytique, et même pour les traitements orientés par la psychanalyse. On ne conduit pas un traitement psychanalytique d'un psychotique ordinaire ou extraordinaire de la même manière que celui d'un névrosé ou d'un autiste. Je propose qu'il est nécessaire de distinguer les signes cliniques qui témoignent de la restauration du nouage des phénomènes élémentaires, en les désignant comme des signes discrets. La sur-identification, le fonctionnement "comme si", le soutien obligatoire à un partenaire, par exemple, sont des signes discrets de restauration. Il est important de les percevoir car le traitement doit chercher à les maintenir et non à les remettre en question. Les signes discrets constituent ce que la psychose ordinaire a de plus spécifique. Ils révèlent un nœud restauré, mais non œdipien, sans recourir à la fonction paternelle. Ils s'appuient sur des suppléances ou des compensations imaginaires.

Mots-clés : Psychose ordinaire ; Clinique psychanalytique ; Diagnostic ; Solutions psychotiques.

Introdução à psicose ordinária: A psicose ordinária não é nem uma categoria psiquiátrica, nem sequer um diagnóstico, mas sim um conceito psicanalítico. Então, para que ela serve? Vejamos, é uma noção preciosa para a conduta do tratamento psicanalítico e até mesmo para tratamentos orientados pela psicanálise. Não se conduz um tratamento psicanalítico de um psicótico ordinário ou extraordinário da mesma forma que se conduz o de um neurótico ou de um autista. Proponho que é preciso distinguir os signos clínicos que testemunham a restauração do enodamento dos fenômenos elementares, designando-os como signos discretos. A superidentificação, o funcionamento, "como se", o apoio obrigatório em um parceiro, por exemplo, são sinais discretos de restauração. É importante percebê-los porque o tratamento deve procurar mantê-los e não questioná-los. Os sinais discretos constituem o que a psicose ordinária possui de mais específico. São reveladores de um nó restaurado, mas não edipiano, sem recorrer à função paterna. Eles recorrem a suplências ou a compensações imaginárias.

Palavras-chave: Psicose ordinária; Clínica psicanalítica; Diagnóstico; Soluções psicóticas.

Introduction to the concept of ordinary psychosis: Ordinary psychosis is neither a psychiatric category nor a diagnosis but rather a psychoanalytic concept. So, what is its purpose? It is a valuable notion for guiding psychoanalytic treatment and treatments oriented by psychoanalysis. A psychoanalytic treatment for an ordinary or extraordinary psychotic is not conducted in the same way as for a neurotic or an autistic individual. I propose that it is necessary to distinguish the clinical signs that indicate the restoration of the knotting of elementary phenomena, referring to them as discrete signs. Over-identification, subjective mode of functioning "as if", obligatory reliance on a partner, for example, are discrete signs of restoration of the knot. It is important to recognize them because the treatment should aim to maintain them and not question them. Discrete signs constitute what is most specific about ordinary psychosis. They reveal a restored knot, but one that is non-Oedipal, without relying on the paternal function. They rely on substitutions or imaginary compensations.

Keywords: Ordinary psychosis; Psychoanalytic clinic; Diagnosis; Psychotic solutions.

Introduction à la notion de psychose ordinaire

Jean-Claude Maleval

En quelques décennies, l'accroissement des demandes effectuées par des sujets de structure psychotique auprès de psychanalystes s'avère spectaculaire. Dans les débuts de ma pratique, dans les années 1970, elles étaient rares, et l'analyste souvent les redoutait, ne sachant pas trop comment les accueillir. À quoi tient ce changement ? Principalement à deux effets cumulés, d'une part l'introduction du diagnostic de psychose ordinaire, l'affinement de son repérage, une meilleure connaissance de la conduite de la cure de sujets psychotiques; d'autre part, la dégradation des conditions d'accueil des patients dans les institutions psychiatriques, due à une réduction des moyens, des effectifs, des formations, et surtout à une médicalisation des troubles mentaux.

Caractéristiques de la psychose ordinaire

Précisons d'emblée que la psychose ordinaire n'est ni une catégorie psychiatrique, ni même un diagnostic, mais un concept psychanalytique. Ce n'est pas une catégorie psychiatrique parce que sa symptomatologie est extrêmement diverse, de sorte qu'elle ne saurait trouver place dans un Traité de psychiatrie, par exemple entre la schizophrénie et la paranoïa. Ce n'est pas un diagnostic parce son identification n'implique rien quant à la causalité, ni quant au pronostic, ni quant au traitement médicamenteux. Alors à quoi sert-elle ? Eh bien c'est une notion précieuse pour la conduite de la cure psychanalytique, voire pour des cures orientées par la psychanalyse. On ne conduit pas la cure d'un psychotique, ordinaire ou extraordinaire, de la même manière que celle d'un névrosé ou d'un autiste. Cela si l'on se situe dans l'hypothèse psychanalytique selon laquelle il existe trois structures subjectives bien différenciées: la psychotique, la névrotique et l'autistique.

Quand Jacques-Alain Miller introduit en 1998 la notion de psychose ordinaire, il en énumère plusieurs formes. Il fait état de psychotiques modestes, [...] qui peuvent [...] se fondre dans une sorte de moyenne: la psychose compensée, la psychose supplémentée, la psychose non-déclenchée, la psychose médiquée, la psychose en thérapie, la psychose en analyse, la psychose qui évolue, la psychose sinthomée – si l'on peut dire. La psychose joycienne est discrète, à la différence de l'oeuvre de Joyce. La psychose ordinaire désigne pour l'essentiel un sujet de structure psychotique qui n'est ni délirant, ni halluciné, ni discordant.

La psychose ordinaire n'est pas une psychose atténuée: elle ne désigne pas les prodromes d'une maladie, mais un mode de fonctionnement subjectif spécifique. Celui-ci possède des ressources qui peuvent générer diverses formes de stabilisation: des étayages les plus frustrés aux suppléances les plus solides. Elle est compatible avec des solutions qui s'avèrent viables durant toute une existence. Elle implique une solution temporaire plus ou moins efficace qui ne met pas un délire au premier plan.

La psychose ordinaire, précise Jacques-Alain Miller, ne possède pas de définition rigide. Il est vain par exemple de s'interroger sur la différence entre PO et PE: elle reste floue, mal délimitée, et surtout elle n'emporte aucune conséquence clinique. La conduite de la cure reste la même. A cet égard

la distinction pertinente reste l'écart décisif à dégager entre interpréter la jouissance du névrosé et tempérer celle du psychotique. L'opposition psychose ordinaire / psychose extraordinaire ne couvre pas avec rigueur l'ensemble de la clinique de la psychose: certaines schizophrénies bien avérées, dominées par des troubles du langage ou/et des phénomènes hypocondriaques, pourtant compatibles avec un fonctionnement social adapté, ne relèvent pas clairement de l'une ou de l'autre.

Les phénomènes élémentaires révélateurs de la structure psychotique restent cliniquement peu apparents dans la psychose ordinaire, parce qu'elle s'accompagne de mécanismes de stabilisation. Le concept de phénomène élémentaire possède une acception, certes extensive, mais précise, qui le fait équivaloir à tout signe clinique qui révèle la structure psychotique. J'ai répertorié et exemplifié un certain nombre de ph. élé. dans *Repères pour la psychose ordinaire* (Maleval, 2019) ils peuvent constituer en hallucinations injurieuses, en divers tbs du langage (néologismes insistants, logorrhée qui ne boucle pas, phrases interrompues, etc), en laisser tomber du corps, en ph de jouissance corporelle excessive, en entassement pathologique, en inconsistance du sujet, en fuite du sens, en émoussement affectif, en signe du miroir, en deuil pathologique, etc. Une jouissance excessive, témoignant d'un sans limite, inhérente au fantasme et ou au symptôme constitue un repérage précieux.

Lacan précise qu'un grand nombre de ces ph. élé., en particulier quand il s'agit d'intuitions, ou de néologismes, apparaissent d'emblée chargés de "signification personnelle"². Or cette dernière témoigne d'une rupture de continuité avec les pensées antérieures du sujet: une certitude s'impose à lui selon laquelle il est visé, concerné, par une signification dont le sens lui est profondément énigmatique. Une caractéristique majeure du phénomène élémentaire est d'être asémantique: il n'est pas connecté à l'histoire du sujet.

Les phénomènes élémentaires ne suffisent pas à identifier une PO. Celle-ci appelle un diagnostic bifide: il doit prendre en compte non seulement les ratages du nouage des éléments de la structure subjective, mais aussi les manières de restaurer un nouage qui tienne. Les signes cliniques qui témoignent de la restauration de nouage, je propose de les distinguer des phénomènes élémentaires, en les désignant par le terme de signes discrets. La suridentification, le fonctionnement comme si, le nécessaire étayage sur un partenaire, etc., appartiennent par exemple aux signes discrets. Il est important de les discerner parce que la cure doit chercher à les conforter et non à les interroger.

Les signes discrets constituent ce que la PO possède de plus spécifique: ils sont révélateurs d'un nouage restauré, mais non oedipien, faisant l'impasse sur la fonction paternelle. Ils participent de suppléances ou de compensations imaginaires. En général le sujet se plaint ou s'étonne des phénomènes élémentaires qui restent hétérogènes à son fonctionnement; en revanche les signes discrets sont en continuité avec celui-ci, ils sont assumés.

Les indications données par Lacan concernant Joyce peuvent donner un modèle d'approche de la PO, fondée sur les ratages du nouage de la structure subjective, et sur les manières d'y suppléer. Dans ce cas, des phénomènes élémentaires, rapidement évoqués par Lacan, seraient plus ou moins discernables. Il s'agirait de la pente à un laisser tomber du corps, d'une tenue phallique peu assurée,

des épiphanies, de la parole imposée, et du rapport fusionnel à Nora – sa femme. Les signes discrets seraient du côté d'un ego raboté, cherchant à se faire un nom, porté par une écriture coupant le souffle du rêve. On constate que la plupart des éléments qui incitent à porter un diagnostic de PO chez Joyce sont très originaux, beaucoup d'entre eux ne sont pas mentionnés dans les Traités de psychiatrie quand on traite de la psychose.

Le concept de borderline constitue certes un syndrome objectivable, qui englobe un certain nombre de PO, mais c'est un fourre-tout, qui inclut aussi des sujets névrosés; de sorte que s'y référer ne donne pas d'indications claires quant à la conduite différentielle des cures des psychotiques et des névrosés.

Deux manières d'aborder la psychose ordinaire

Il existe deux manières d'aborder la psychose ordinaire: soit par le modèle Joycien, proposé par Lacan, dans son séminaire *Le sinthome* en 1975-1976, soit le modèle des trois externalités, introduit par J.A.-M. en 2009. Lacan n'utilise pas la notion de PO mais il lui est arrivé de parler de ces "fous normaux qui constituent notre ambiance".

Jacques-Alain Miller ne cherche pas à fonder la psychose ordinaire sur le modèle joycien. Son point de départ est issu d'une indication de Lacan qui concerne le Pdt Schreber. Ce que nous cherchons dans la PO, affirme-t-il, c'est "ce désordre au joint le plus intime du sentiment de la vie chez le sujet" (1966, p. 558). Lacan utilise cette expression pour désigner "le meurtre d'âmes" auquel font allusion les hallucinations verbales de Schreber. Lacan le rapporte à une atteinte majeure du fonctionnement du sujet (phi zéro). Jacques-Alain Miller décline ensuite ce désordre en trois externalités (sociale, corporelle et subjective). La première est sociale. Elle se traduit soit par une incapacité d'assumer sa fonction sociale; soit par une suridentification à une position sociale. La seconde réfère à une externalité corporelle dans laquelle le corps se défait et où "le sujet est amené à s'inventer des liens artificiels pour se le réapproprier". Ils sont parfois trouvés dans des serres-joints mis en place par des piercings ou des tatouages. La troisième externalité est subjective, elle se décèle par l'expérience d'une vacuité non dialectique, ou par la fixité d'une identification au déchet.

Deux approches de la psychose ordinaire, celle de J.A.-M., et le modèle joycien, qui cherchent à cerner la même clinique, fondée sur des manifestations discrètes de la forclusion du Nom-du-Père, mais en partant de modèles différents, l'un repose sur les trois externalités, l'autre sur les ratages du noeud des éléments de la structure subjective (noeud borroméen). Deux approches qui s'imbriquent puisque la mise en exergue d'une atteinte au sentiment de la vie, qui est au principe de l'approche de J-A Miller, souligne la présence d'un phénomène élémentaire qui lui-même témoigne d'un ratage du noeud borroméen. Toutefois l'approche fondée sur les trois externalités reste phénoménologique, les signes cliniques peuvent se discerner plus ou moins, la différence entre névrose et psychose y relève d'une gradation plus que d'un seuil, tandis que la clinique des noeuds marque une rupture entre une structuration subjective borroméenne ou non. La première n'exclut pas l'hypothèse continuiste, la

seconde oriente vers une approche discontinuiste. Curieusement l'approche fondée sur les trois externalités ne fait pas mention de troubles du langage, pourtant pris en compte par Lacan pour appréhender le fonctionnement de Joyce, et à propos desquels dans les années 50 il a pu même considérer qu'ils étaient exigibles pour identifier la psychose (Lacan, 1981).

À l'occasion de son travail sur Joyce, Lacan incite à se repérer sur quelques phénomènes élémentaires pour discerner la structure psychotique de l'écrivain irlandais (laisser tomber du corps, rapport imposé à la parole, épiphanies³, rapport fusionnel à sa femme, etc.). Il décèle un ratage du nouage des éléments de sa structure qui laisse libre la dimension imaginaire. Le phénomène élémentaire sur lequel Lacan s'attarde principalement concernant Joyce est issu d'un court épisode autobiographique, rapporté dans le *Portrait de l'artiste en jeune homme*, lors duquel Joyce relate avoir été battu par des élèves de sa classe, qui l'avaient attaché, acculé contre un grillage barbelé. Ils le frappèrent à coup de canne et à l'aide d'un gros trognon de chou. Or, après s'être dégagé, très vite, il sentit sa colère tomber, "aussi aisément, écrit-il, qu'un fruit se dépouille de sa peau tendre et mûre". Cette quasi-absence d'affect en réaction à la violence physique et cette mise à distance du corps qui semble lui-même se détacher comme une pelure retiennent l'attention. De cette indifférence Lacan infère une spécificité dans le nouage des trois dimensions qui déterminent la structure du sujet: en raison d'un ratage dans l'articulation du symbolique et du réel, l'élément imaginaire ne demanderait qu'à s'en aller.

Lacan considère cependant que par son travail d'écriture Joyce est parvenu à renouer l'imaginaire aux autres dimensions, en raboutant son ego, et se forgeant un nom. Si nous faisons nôtre la méthode de Lacan pour cerner la structure psychotique chez ce sujet, nous constatons dès lors qu'il convient, non seulement de mettre en évidence des formes discrètes de la forclusion du Nom-du-Père, par l'entremise de phénomènes élémentaires, mais qu'il s'agit aussi de dégager les modes de stabilisation qui permettent au sujet de ne pas déclencher de psychose, ou bien de maintenir la discrétion de celle-ci. La psychose ordinaire déborde en effet la notion de psychose hors-déclenchement: elle peut aussi inclure des psychoses médiques ou stabilisées par une cure.

Développement du modèle joycien

Si l'on prend au sérieux les indications de Lacan concernant l'approche de la forclusion du NDP dans son dernier enseignement par l'absence de nouage borroméen⁴; il apparaît immédiatement qu'il existe d'autres possibilités de ratage du noeud: quand ce sont le symbolique ou le réel qui s'avèrent libres. En outre, les glissements de l'imaginaire peuvent donner naissance à une clinique plus riche que celle de Joyce.

Si nous essayons de donner plus d'ampleur au modèle joycien, il convient d'abord de se demander quels sont les signes cliniques qui révèlent un ratage du nouage de l'élément réel? On peut les regrouper sous la notion d'une clinique de la non-extraction de l'objet a qui se manifeste principalement par des phénomènes qui témoignent que la jouissance du sujet tend à devenir

envahissante.

Des moments de bonheur intense, s'apparentant à des phénomènes extatiques, restent le plus fréquemment des manifestations erratiques, ponctuelles, éphémères. Ils ne se discernent parfois qu'en une ou deux indications fugitives. Ainsi Karim me confia avoir plusieurs fois ressenti, lors de son adolescence, en des moments de solitude, une sensation agréable, centrifuge, montant du basventre, dont l'originalité l'incita à la nommer "sensation maternelle"; plus âgé, pleurant dans un terrain vague, assis au soleil, il vit un lézard, ce qui lui fit, dit-il, comme de la drogue: il se coupa des choses et elles se magnifièrent. Une autre patiente, après avoir couché son enfant, éprouva brusquement un "bien-être", une "impression de réussir quelque chose", "comme un filet de capillaires, une forte chaleur dans la tête. C'est brillant, rayonnant comme un feu d'artifice, broiement avec une étoile, le visage libéré, l'impression de grandeur". Le phénomène dura quelques secondes et s'apaisa. Ces états sont caractérisés par le fait que l'excitation touche la personne depuis l'extérieur – celle-ci n'y est souvent pas préparée. La jouissance se manifeste simplement avec une force envahissante, comme si l'excitation du corps en elle-même était un phénomène externe. Plutôt que d'être recherchée ou poursuivie, comme chez le névrosé, elle se présente de façon inattendue. De tels moments ou états de stimulation ou d'excitation peuvent être liés à des découvertes, des révélations ou des inspirations. Dans ses formes plus discrètes la personne peut ressentir des sensations corporelles étranges qu'elle préfère taire, vécues comme plaisir souffrance ou gêne physique. Parfois ces ressentis peuvent produire des inquiétudes hypocondriaques ou un sentiment de perplexité. De telles sensations sont l'indice qu'une jouissance hors-limite, non phallicisée, s'empare du corps.

Aucune clinique plus que celle des entasseurs pathologiques – ce que l'on nomme encore le syndrome de Diogène - ne concrétise mieux ce que Lacan désignait comme la présence de l'objet a dans la poche du psychotique. Certains sujets entassent dans leur demeure des objets hétéroclites qui ne leur sont d'aucune utilité, non par collectionnisme, mais faute de pouvoir s'en séparer. Il s'agit le plus souvent de déchets, de sorte que certains en arrivent à vivre dans des pièces où ils se frayent un chemin entre des poubelles accumulées jusqu'au plafond. Ces conduites d'entassement sont en général accompagnées d'un isolement social, d'un refus d'aide, d'un délaissement de l'hygiène corporelle et d'une négligence de l'entretien du lieu de vie.

C'est d'une semblable incapacité à élaborer la perte d'un objet de jouissance dont témoigne une clinique très différente, et beaucoup plus fréquente, celle du deuil pathologique. Pour certains sujets le désir se trouve soudainement sans soutien à la suite de la perte d'un être cher. Ils n'arrivent pas à symboliser celle-ci, de sorte que le disparu reste omniprésent à leur pensée. Une exceptionnelle persistance de la souffrance attachée à la perte témoigne d'un blocage du travail de deuil. Les souvenirs douloureux ne sont pas désinvestis pas à pas, bien au contraire le sujet s'emploie à les cultiver: maintien des objets du défunt à la place qu'ils occupaient de son vivant, conservation de l'urne funéraire au domicile ou longues et fréquentes visites sur la tombe, tentatives d'entrer en contact avec le mort, etc. Parfois le phénomène peut aller jusqu'à la conservation du cadavre.

Une scène traumatique d'abandon ou de rejet, qui reste très présente à la conscience, et dans laquelle le sujet situe l'origine de ses difficultés est un signe clinique qui doit retenir l'attention. L'un insiste sur le fait que peu après sa naissance ses parents sont partis en vacances et l'ont "abandonné à sa grand-mère". Il prétend en avoir le souvenir et en conserver la douleur. Un autre rapporte que son père, dont il avait été séparé, venant l'attendre à la sortie de l'école, y caresse la tête d'un autre enfant, en l'appelant par le nom de son fils. Vingt ans après cette méprise ne cesse de lui être douloureuse. Le phénomène se discerne parfois dans des rêves répétitifs dans lesquels le sujet s'éprouve abandonné sous des formes diverses. De telles scènes sont certes relativement banales, elles ne possèdent une valeur diagnostique que lorsque le sujet y revient avec insistance pour y situer l'origine de ses difficultés existentielles. Beaucoup de psychotiques ordinaires possèdent l'intuition de ce que formule un patient: "Je suis d'être rejeté, c'est ce qui me caractérise le plus"; un autre exprime cela sous la forme: "J'éprouve un constant sentiment d'abandon qui me pourrit la vie..." – et qui lui rend les absences de l'analyste très difficiles à vivre. La relation transférentielle avec le psychotique actualise fréquemment la mise en scène d'un douloureux abandon. Tout arrêt de la cure s'avère alors difficile à supporter, rendant celle-ci quasi-interminable, mais permettant au sujet d'y trouver un nouage stabilisateur.

On connaît la fréquence de scènes de séduction dans les antécédents des hystériques, de même il conviendrait de souligner que beaucoup de psychotiques ordinaires mettent l'accent sur une scène de rejet, dans laquelle ils prennent une place d'objet chu. Jung avait entrevu l'importance de ce signe clinique quand il confiait à Freud à propos de d'Otto Gross, qui venait de fuir du Burghölzli: "la sortie de scène" correspond au diagnostic de *dementia praecox* [...] "c'est un homme que la vie doit rejeter" (Jung, 1906-1909/1975).

Il n'est pas rare de constater une identification imaginaire à la victime chez le psychotique ordinaire, elle constitue une manière de valoriser et de masquer une foncière position de rejet qu'il suppose voulue par un Autre malveillant à son égard.

Il existe une clinique propre à la psychose qui se caractérise par une certitude imposée au sujet selon lequel son mal-être sera résolu par l'effectuation d'un acte sacrificiel, portant sur lui-même, ou sur un autre, sur ses biens ou sur ceux d'un autre. Elle se présente sous des formes assez diverses. Ce qui en constitue l'unité réside dans un phénomène élémentaire de la psychose caractérisé par l'émergence d'une impulsion destructrice ou maligne qui s'impose avec force au sujet sans que celui-ci puisse se l'expliquer. Lui-même se trouve dans un état de perplexité à l'égard des raisons qui motivent son acte, on parle volontiers d'ailleurs à cet égard d'immotivation, et en même temps une certitude s'impose à lui qu'il doit le faire, seule issue envisagée pour soulager son mal-être. La conjonction d'une perplexité et d'une certitude signe béance du symbolique et intrusion du réel, ce qui justifie la référence à un phénomène élémentaire psychotique.

Dès le début du XXe siècle, Kraepelin isolait et décrivait cette clinique: il existe, écrivait-il en 1905/1984:

un petit groupe de personnalités morbides dont l'anomalie psychique consiste précisément à commettre des actes impulsifs dangereux pour autrui, sans aucune justification. Il semble que les plus répandues de ces impulsions soient celles qui poussent à provoquer des incendies. Celles qui tendent à l'empoisonnement sont de même bien fréquentes. Il est de ces malades qui tuent de sang-froid toute une série de personnes qu'elles ne connaissent pas ou pour qui même elles ont de l'affection. [...] Toutes ces formes, affirme-t-il, offrent un stigmate commun: l'absence de mobile légitime coïncidant avec une impulsion puissante qui exige l'exécution immédiate d'un acte réprouvé par la raison. (p. 392).

Trouveraient encore place dans la catégorie clinique des sacrifices salvateurs: certains artistes qui détruisent compulsivement et répétitivement leurs oeuvres (Zürn, Zorn), de nombreux incendiaires, la plupart des auteurs de crimes immotivés, ceux de néonaticides avec conservation des corps, et beaucoup de pathomimes (syndrome de Lasthénie de Ferjol, syndrome de Münchhausen, etc.). Sans oublier les amputistes ou apotemnophiles, qui demandent aujourd'hui à se faire amputer d'un membre sain.

La manifestation peut-être la plus fréquente de cette exigence de castration dans le réel qui s'impose au sujet psychotique, faute de fonctionner sous le régime de la loi paternelle, se révèle de manière discrète par l'entremise de pensées qui l'incitent avec force à sauter par la fenêtre ou à se mutiler.

Faute de la protection du fantasme pour interpréter ce qu'il suppose du désir de l'Autre, le sujet psychotique est en danger de se réduire à l'objet de jouissance de celui-ci, se ressentant alors, au gré de l'imaginaire de chacun, comme "nul", comme "déchet", comme "une momie vivante", voire comme le "carcinome de Dieu".

Cette dernière expression est employée par Fr. Zorn pour qualifier son être. Dans sa vie, rien ne lui manque, rien ne l'incite à s'engager, il n'éprouve pas la nécessité de faire des choix. "Je n'étais pas triste, écrit-il, parce qu'il me manquait quelque chose de précis, j'étais triste bien qu'il ne me manquât rien – ou qu'apparemment rien ne me manquât". Il ajoute avec beaucoup de pertinence: "Contrairement à bien des gens tristes, je n'avais pas de raison de l'être; et *c'était justement là qu'était la différence*⁵, c'était justement là ce qu'il y avait d'anormal dans ma tristesse" (Fr. Mars, 1977/1979, p. 163). L'élan du désir ne s'est pas enclenché, ce qui lui donne le sentiment de n'avoir "jamais fonctionné" (Fr. Mars, 1977/1979, p. 267). Il est à cet égard très explicite: "Je n'avais pas de souhaits à satisfaire car je n'avais pas de souhaits" (Fr. Mars, 1977/1979, p. 174). De surcroît il n'éprouve aucun appétit sexuel. Quand la fonction du fantasme s'avère si radicalement carente, rien ne protège le sujet d'une confrontation à la jouissance de l'Autre. Dès lors, Zorn s'avère en guerre totale contre le principe hostile qui le détruit, incarné pour lui en divers avatars immondes: ses parents, la Société bourgeoise, zurichoise et occidentale, Dieu lui-même. Le tourment que lui inflige l'Autre jouisseur, qu'il tient pour responsable de son lymphome, il cherche à le lui retourner par sa publication conçue comme "un déchet radioactif"

lancé contre la société occidentale (Maleval, 1994).

Le détachement de la dimension réelle produit des phénomènes de jouissance en excès, nous venons d'en donner quelques exemples. Le ratage de la connexion du symbolique aux autres dimensions produit des phénomènes différents que l'on peut regrouper sous les notions d'inconsistance du sujet et de fuite du sens.

Le manque d'un signifiant-maître et l'absence du fantasme fondamental se traduisent volontiers cliniquement par un manque d'orientation dans l'existence, souvent associée à des tentatives laborieuses pour y remédier.

Ma vie, constate Arielle, est faite de scènes décousues. Les séances de psychothérapie, c'est comme ma vie, je les fais une à une, sans lien entre elles. J'ai une gestion besogneuse du quotidien qui n'est pas sous-tendue par un but. Ma prise de notes compulsive reflète cela, j'en ai partout, je suis envahie, je multiplie les notes, j'ai beaucoup de mal à les classer, je n'arrive pas à mettre de l'ordre dedans, ni dans mes idées. Pourtant cela m'aide à préserver le quotidien. Je rédige beaucoup d'emplois du temps qui me permettent de mieux entrevoir le lendemain. Mais je n'ai pas de fil directeur. Je ne sais pas ce que c'est qu'un but. Je suis incapable de faire des projets. Je ne sais tellement pas que je suis obligée de faire confiance. J'attends que mon mari se détermine, après je m'aligne. De manière générale, je me règle sur des schémas, mais le sens me manque.

Chez d'autres encore l'inconsistance se manifeste par la permanence de la versatilité, de l'insouciance, par des propos "de surface", et par la captation par le moment présent. À l'égard d'un sujet qu'il situe "sur le bord du champ psychotique" Lacan fait état d'une « espèce de fausseté ressentie de son self", d'un "vacillement de toutes ses identifications", et d'un "côté falsifié de son identification fondamentale" (Lacan, 1965, s.p.).

L'étonnante inconsistance de certains sujets psychotiques, apparente dès les premiers entretiens, souvent associée à de légères diffusions de la pensée, et à un flottement sans but dans l'existence résulte de la non fonction du signifiant-maître. Quand ce signifiant d'exception n'est pas en mesure de conditionner l'ensemble du discours, la consistance des S2 est atteinte, d'où la fréquente émergence dans la psychose ordinaire de discrètes ruptures de la chaîne signifiante.

C'est ce qu'éprouve Antonin Artaud, sans doute dès l'âge de dix-neuf ans, en tout cas longtemps avant le déclenchement de sa psychose en 1937. Il décrit fort bien le phénomène dans une lettre à George Soulié de Morant écrite en 1932:

Dans cet état, confie-t-il, où tout effort d'esprit, étant dépouillé de son automatisme spontané est pénible, aucune phrase ne naît complète et toute armée; – toujours vers la fin, un mot, le mot essentiel, manque, alors que commençant à la prononcer, à la dire, j'avais la sensation

qu'elle était parfaite et aboutie.[...] et lorsque le mot précis ne vient pas, qui pourtant avait été pensé, au bout de la phrase commencée, c'est ainsi que ma durée interne se vide et fléchit, par un mécanisme analogue pour le mot manquant, à celui qui a commandé le vide général et central de toute ma personnalité (Artaud, 1976, pp. 202-203).

Il rapporte cette "fragmentation de sa pensée" au "manque d'une certaine vue synthétique".

Frédéric, un jeune homme dépressif, souffrant de difficultés d'énonciation, confie que, lorsqu'il part dans une conversation, il ne peut plus s'arrêter. Il éprouve en effet une sensation d'inachèvement qui le porte à chercher un point d'arrêt toujours fuyant, et il a l'impression que ses paroles ne parviennent pas à exprimer des pensées vraiment personnelles. Il se plaint d'un manque d'idées maîtresses pour se diriger, ce qui ne lui permet pas de s'élever au-delà des détails dans lesquels il se sent contraint à perdre sa pensée. Le départ de sa femme a beaucoup accentué ce phénomène auparavant discret. Sa manière de s'exprimer donne une impression d'étrangeté: ses explications semblent interminables et s'achèvent souvent sur une chute mystérieuse, sans rapport apparent avec ce qui précède. De telles ébauches de diffluence de la pensée constituent un indice diagnostique souvent méconnu.

En ce qui concerne le nouage mal assuré de la dimension imaginaire, il se traduit par des phénomènes, souvent associés aux troubles de l'identité, qui témoignent d'une étrangeté du rapport du sujet à son corps : laisser-tomber, émoussement affectif, signe du miroir, capture transitive, etc. On ne saurait réduire les troubles de l'identité observés dans la psychose ordinaire à une formule simple: elles vont de l'inconsistance à la suridentification, en passant par le syndrome "comme si", l'imposture pathologique, et le branchement sur un proche.

Lacan a attiré l'attention sur le glissement de l'imaginaire en soulignant un discret laissertomber du corps chez Joyce. Cette clinique se rencontre avec une certaine fréquence chez les sujets sans domicile fixe. Patrick Declerck constate que "la grande désocialisation constitue une solution équivalente (mais non identique) à la psychose". Il a observé chez les clochards de Paris d'impressionnants phénomènes de laisser-tomber du corps: fractures apparentes laissées en l'état pendant plusieurs jours, chaussettes portées plusieurs mois et dont l'élastique en vient à sectionner la jambe jusqu'à l'os, inclusion dans la peau du pied d'une chaussette qui n'avait pas été retirée depuis fort longtemps, etc. À l'occasion de scarifications, ou de mutilations, certains sujets éprouvent le sentiment de se regarder faire, à distance d'eux-mêmes, sans ressentir de douleurs, comme si leurs chairs étaient mortes. On sait qu'il est des sujets présentant une psychose clinique qui s'infligent des auto-mutilations dans le but de ressentir à nouveau le corps, tant la sensation de ne plus l'habiter peut être angoissante.

Le laisser-tomber du corps est un phénomène qui s'accompagne régulièrement d'un émoussement affectif. Certains sujets de structure psychotique confient ainsi n'avoir jamais éprouvé le sentiment amoureux. "Je n'avais absolument jamais été amoureux, rapporte Zorn, et n'avais pas la moindre idée de ce que c'était que l'amour; c'était un sentiment que je ne connaissais pas, tout comme

je ne connaissais à peu près aucun sentiment [...] c'était la totale impuissance de l'âme". "Dans mon cas, écrivait-il, il faudrait sans doute parler d'idiotie affective. Il ne m'était pas possible d'avoir un contact émotif avec le monde".

On suppose souvent que la dépersonnalisation est un phénomène élémentaire des plus caractéristiques de la psychose, ce n'est pas le cas, elle peut se rencontrer dans toutes les structures subjectives, en revanche les phénomènes de transitivisme constituent un repère majeur. Le monde structuré par le stade du miroir, souligne J.-A. Miller (2009), est un monde de transitivisme. Transitivisme veut dire que vous ne savez pas si c'est vous ou l'autre qui l'a fait. C'est quand l'enfant donne un coup à son compagnon et qu'il dit: "Il m'a frappé". Vous avez là une confusion: "Est-ce moi ou est-ce lui?. C'est un bon exemple pour comprendre que c'est un monde de sables mouvants. C'est un monde instable, c'est un monde sans consistance. C'est un monde d'ombres". (Miller, 2009, p. 43). Il convient cependant de distinguer des formes cliniques assez différentes de transitivisme. L'une, signalée par Lacan, a été décrite en 1934 par un psychanalyste, H. Deutsch, quand elle crée le syndrome de personnalité "comme si"; il s'agit d'un transitivisme labile, elle le rencontre dans les antécédents de schizophrènes. L'autre, à laquelle Lacan ne fait pas référence, a été dégagée par deux psychiatres allemands, Tellenbach et Kraus, dans les années 1950, il s'agit d'un transitivisme figé, appréhendé à partir des notions d'hypernomie (conformisme), de suridentification, et surtout décrite dans ce qu'ils nomment le *typus melancholicus* (Tellenbach, 1961/1979).

L'originalité majeure de la psychose ordinaire ne réside pas dans les phénomènes élémentaires, dont je viens de donner quelques exemples, le plus caractéristique tient aux manières de restaurer un nouage spécifique, non réglé, borroméen, mais pouvant cependant s'avérer très solide. Ce sont les signes discrets, dont l'écriture de Joyce témoigne, en tant qu'elle opère un raboutage de l'ego; toutefois, à cet égard on peut encore invoquer principalement la suridentification et le fonctionnement comme si.

Quand H. Deutsch introduit en 1934 le concept de personnalité "comme si", la notion de borderline n'est pas encore forgée, aussi souligne-t-elle, dès le titre de l'article, ses "rapports avec la schizophrénie". Les sujets présentés dans son travail se caractérisent de donner une impression de complète normalité, qui s'avère ne reposer que sur des capacités d'imitation hors du commun.

S'ils se joignent si facilement à des groupes sociaux, éthiques et religieux, écrit-elle, c'est qu'ils cherchent, en y adhérant, à donner un contenu et une réalité à leur vide intérieur, et à consolider la validité de leur existence au moyen d'une identification. (s/ p).

Elle constate que ses patients schizophrènes lui ont donné l'impression que le processus schizophrénique passe par une phase "comme si" avant de construire "la forme hallucinatoire". En 1942 elle exprime encore un certain embarras diagnostique: "ils ne font pas partie des formes communément admises de névrose et ils sont trop bien adaptés à la réalité pour être dits psychotiques". Elle considère malgré tout que les "comme si" peuvent contribuer à l'étude des "états prépsychotiques". Elle précise

“que la schizophrénie se développe ou non par la suite, ce type de pseudo-affectivité justifie la désignation de “schizoïde”.

Le fonctionnement “comme si” de Mme T. fut remarqué très tôt par son père, bien avant qu’elle ne déclenche une psychose à l’âge adulte.

Depuis son enfance, témoigne-t-il, je me suis aperçu qu’elle était très influençable, le moindre contact, elle adhère très facilement [...] Je l’ai toujours vue selon le milieu, les camarades qu’elle avait et je sentais ça. J’ai dû veiller. Quand elle était en bon contact, alors elle était formidable, appréciée, mais quand elle était en mauvais contact... elle aurait pu partir sur le trottoir. Quand elle a un bon contact, elle a des possibilités, quand c’est des gens honnêtes... mais si c’est des tortillards, elle sera comme eux. Elle n’a pas un comportement unique. Elle a ça parce qu’elle n’a pas de direction personnelle. Elle est plutôt mythomane. Elle racontera des choses en les agrandissant, en les brodant. Elle suit le cours des gens qu’elle fréquente: quand elle était toute petite, à six ans, elle a eu à l’école une camarade plus grande, plus bête. Elle faisait comme elle: elle mettait la main dans la caisse, elle imitait. De parler avec elle, c’est pas suffisant: c’est la fréquentation “(il fait alors le geste de mettre ses deux mains [...] face à face, en miroir), et dit “elle suit comme ça l’autre. Avec son premier amant, elle était aussi menteuse, désaxée que lui. C’est-à-dire que parler avec elle, c’est pas assez, c’est l’image (Czermak, 1986, p. 151).

Le syndrome dégagé par H. Deutsch dans les années 1930, qu’elle discerne souvent dans les antécédents de schizophrènes, se trouve fort bien illustré par cette observation remarquable. Elle confirme de surcroît que le fonctionnement “comme si” est décelable de nombreuses années avant le déclenchement de la psychose – parfois même dès l’enfance.

D’autre part,

Vous devez être sur le qui-vive, [indique J.-A. Miller], face aux identifications sociales positives dans la psychose ordinaire. Disons, quand ces sujets investissent trop dans leur boulot, leur position sociale, quand ils ont une identification bien trop intense à leur position sociale.

Kraus (1998) caractérise la suridentification par deux traits majeurs corrélés entre eux: l’hypernomie et l’intolérance à l’ambiguïté. L’hypernomie rend selon lui le sujet “normopathe”: il se comporte de manière excessivement appropriée aux attentes normatives et s’identifie à un rôle professionnel, social, conjugal, maternel, etc. Afin de maintenir cette identité fondée extérieurement, les sujets suridentifiés éprouvent une incapacité à avoir des sentiments et des cognitions antithétiques par rapport à l’objet sur lequel ils se branchent. On constate chez eux une affinité pour les conventions sociales, les valeurs autoritaires et en particulier pour celles qui sont rattachées à une idéologie familiale traditionnelle. Il en résulte “une authenticité”, un “sérieux” bien particulier: leur recherche d’une identité

immuable entre l'être et le paraître les rend peu aptes à l'humour. Leur forte relation avec le devoir est mise en relation avec les attentes normatives sociales. Ce qui domine, selon Kraus, n'est pas le combat contre les exigences pulsionnelles, mais le maintien de l'identité de rôle.

Un sujet tel que Fr. Zorn donne une excellente description d'un fonctionnement hypernomique et intolérant à l'ambiguïté. Dans son ouvrage autobiographique il relate sa lutte contre le lymphome qui est en train de l'emporter. Avant l'éclosion de celui-ci, il ne se soutient que de ce qu'il nomme lui-même un "moi simulé" dont il décrit les branchements avec une remarquable précision. En tout point, il pense devoir suivre l'opinion de ses parents, ceux-ci lui paraissent avoir toujours fondamentalement raison. "Je pouvais parfois être d'un autre avis sur certains détails, écrit-il, mais mettre réellement en question leurs actions ou leurs pensées, cela je ne le faisais pas" (Fr. Mars, 1977/1979, p. 113). Il fut éduqué, non seulement à se conformer au discours familial, mais plus encore à toujours adopter le jugement des autres, de sorte qu'il ne devait jamais "risquer de dire quelque chose qui ne fût pas assuré de l'approbation générale". Il considère en avoir perdu "toute aptitude à la spontanéité" (Fr. Mars, 1977/1979, p. 40). Son aboulie l'avait conduit, selon ses dires, à une "normalité presque répugnante" (Fr. Mars, 1977/1979, p. 120), le réduisant à une "particule conformiste" (Fr. Mars, 1977/1979, p. 118), qui évitait tout conflit en adoptant toujours les jugements des autres.

Les sujets suridentifiés, selon Kraus, développent un comportement adhésif et dépendant, qui les conduit à éviter les situations dans lesquelles il leur faudrait exprimer une opinion personnelle. Ils se gardent de toute conjoncture qui mettrait en place un conflit ouvert. Ils sont en danger lors de changements de rôle (décès d'un proche valorisé, divorce, départ des enfants, promotion professionnelle, augmentation de salaire, chômage, etc.) ou bien quand leur rôle devient impossible à tenir en raison d'attentes contradictoires ou exagérées de l'entourage. L'un des déclenchements parmi les plus fréquents se rencontre quand cet employé modèle se trouve soumis à un tel surcroît de travail qu'il doit choisir entre la qualité et la quantité de celui-ci. Incapable de s'y résoudre, il se surmène jusqu'à un épuisement déclencheur d'un trouble somatique, le rendant incapable de persister à assumer son rôle et générant un vécu de déchéance.

Il convient de nuancer l'opposition suggérée entre psychose ordinaire joycienne et psychose extraordinaire schrébérienne: il s'agit là de deux modes bien caractérisés qui connaissent de multiples formes intermédiaires, voire intriquées, et qui peuvent passer progressivement de l'une à l'autre. L'appréhension lacanienne de la structure psychotique conduit à une approche continuiste dans le champ de la clinique de la psychose. Il existe, note J.-A. Miller, "une gradation à l'intérieur du grand chapitre psychose". Dans un travail antérieur consacré à *La logique du délire* (Maleval, 2011), j'avais fortement souligné que les formes de passage entre schizophrénie, maniaque-dépression et paranoïa ne sont pas rares.

Conduites de la cure et conséquences

Si l'on pouvait se contenter d'une conduite de la cure à tout faire, comme on l'entend souvent,

s'il suffisait de s'orienter sur la singularité du sinthome, alors non seulement la notion de PO ordinaire serait inutile, mais c'est toute la clinique structurale lacanienne dont on pourrait faire l'économie.

Une objection à cette thèse vient immédiatement: comment conduire la cure de sujets qui n'ont pas de sinthome? Par exemple des sujets psychotiques stabilisés par une suridentification ou de sujets autistes qui tiennent grâce à l'investissement de leur bord? Faut-il leur confier la règle d'association libre? Faut-il chercher à interpréter et à miner ce qui les tient? Ou bien faut-il au contraire chercher à civiliser leur jouissance et à soutenir leurs modes de stabilisations? A cet égard il serait intéressant de s'interroger sur les raisons pour lesquels certains sujets interrompent la cure – souvent en témoignant qu'ils ont ressenti que quelque chose n'allait pas dans la direction de celle-ci.

Certains psychanalystes se méfient du diagnostic de PO, comme de tout autre, le considérant comme réducteur de la singularité de l'analysant, de sorte qu'ils prônent une attitude anti-nosologique. Un tel positionnement implique une conduite de la cure à tout faire, qui n'est pas sans danger (Maleval, 2022). On l'oublie volontiers aujourd'hui, mais Freud et Lacan avaient constaté à plusieurs reprises que chez certains sujets, la cure analytique classique pouvait soit déclencher une psychose clinique, soit susciter des passages à l'acte.

Bien des cures de sujets psychotiques ont basculé suite à une interprétation ambiguë qui érige l'analyste en Maître possesseur d'un savoir insu du patient. Une simple question laissant entendre que derrière ce que dit le sujet une signification lui échappe, mais que l'analyste la détiendrait, pose ce dernier comme celui qui peut deviner l'intimité. Situation propice à ce que le psychotique se demande ce que l'analyste lui veut. Or quand la question se lève, la réponse penche régulièrement vers la malveillance.

La psychanalyse appliquée avec le psychotique n'est guère tournée vers le passé, ni vers le déchiffrement de l'inconscient, mais vers l'apaisement de la jouissance dérégulée; son but n'est pas la traversée du fantasme, ni le dégagement d'un signifiant-maître, mais l'invention d'une suppléance. Elle doit parfois se satisfaire plus modestement d'un soutien à des étayages.

De quelle place accompagne-t-on ces sujets? – interroge J.-A. Miller – "En témoin? En secrétaire? En assistant? En compagnon?" Disons, répond-il, qu'on les accompagne "avant tout, en tant que semblable" (Miller, 1987, p. 144). Certes. Précisons: en tant que semblable orienté par l'éthique analytique, c'est-à-dire averti du fonctionnement psychotique et capable de suspendre son savoir pour prendre en considération la singularité du sujet. L'analyste sera dès lors soucieux de s'appuyer sur les inventions de celui-ci en veillant à maintenir des stabilisations déjà présentes ou en cherchant à favoriser l'émergence de suppléances.

L'interprétation doit se garder d'être ambiguë, de poser l'analyste en maître, et de suspecter une homosexualité latente, de même il n'est pas approprié de confier la règle d'association libre au psychotique. Il convient plutôt d'initier avec lui une conversation dirigée, inspirée des échanges "à bâtons rompus", pour reprendre une expression utilisée par Lacan lors de ses entretiens avec Aimée, une conversation cependant orientée par le souci de protéger le sujet de la jouissance menaçante de

l'Autre. Pour cela, il s'agit non de chercher une vérité cachée, mais de préserver les soutiens imaginaires, et d'encourager les inventions sinthomatiques.

La psychose ordinaire nous dote d'un repère précieux: elle permet de distinguer un mode de fonctionnement subjectif qui ne se confond ni avec la névrose, ni avec l'autisme. Elle constitue un outil clinique majeur pour penser la direction de la cure : orienter celle-ci vers une épuration du sens du symptôme névrotique diffère d'un travail visant à construire une suppléance ou à faire tenir une identification, et n'a rien en commun avec l'accompagnement de l'appareillage autistique de la jouissance par le bord. Faute d'une prise en compte de ces distinctions nombre de cures tournent court ou s'enlisent dans des impasses.

Le repérage de la structure appartient aux préliminaires de la cure analytique, il est essentiel à la conduite de celle-ci, "et c'est pour ça, indique J-A Miller, qu'il faut plutôt arriver à le faire rapidement. Certes, ajoute-t-il, le diagnostic range en catégories, mais quand le discours analytique est installé, "le sujet est incomparable" (Miller, 2008, s.p.).

Mieux vaudrait d'ailleurs considérer qu'identifier une structure subjective n'est pas poser un diagnostic, car cette structure ne détermine ni une l'étiologie, ni un pronostic, ni même un traitement, à la différence du diagnostic médical.

Que les sujets psychotiques soient ordinaires ou non - on sait que la limite reste incertaine - beaucoup de psychanalystes et de psychologues leur offrent aujourd'hui un suivi régulier qui leur permet d'éviter l'hospitalisation, ou de diminuer leur fréquence. Ils trouvent auprès d'eux une écoute, non pas soucieuse d'une éducation thérapeutique, qui méconnaît les limites de la volonté et du bon sens, mais attentive à la spécificité de leur fonctionnement subjectif, qui prend en compte l'économie de leur jouissance.

Notas:

1. Texto original da conferência intitulada *Introdução à Noção de Psicose Ordinária*, que foi proferida em 24 de agosto de 2024, tendo a Profa. Dra. Tania Coelho dos Santos como anfitriã e tradução simultânea de Catarina Coelho dos Santos. Organização do ISEPOL, da EBP-MG e da AUPPF.
2. Este significado pessoal é "impossível de especificar", sublinha Lacan em *Psicose paranóica na sua relação com a personalidade* (Lacan, 1975, p. 137). Foram Serious e Capgras, em 1909, que traduziram como "significado pessoal" o que a psiquiatria alemã chamava de "Krankhafte Eigenbeziehung", muito bem traduzido em francês pelo termo "preocupação".
3. Essas experiências enigmáticas, transmitidas pela escrita e inseridas na obra, comunicavam para ele uma revelação tocante ao ser. Manifestamente lhes falta um elemento imaginário: seu significado permanece sempre incerto. Por outro lado, elas reforçam a articulação das outras duas dimensões: a epifania, como Lacan ressalta, "é o que faz com que, o inconsciente

e o real se conectem por meio da falta".

4. É o Nome-do-Pai, afirma Lacan em 1975, que, "do tríscele, faz um nó" (p. 56).
5. Ênfase minha.

Referências Bibliográficas

- Artaud A. (1976). *OEuvres complètes*. Paris: Gallimard.
- Czermak M. (1986). Sur quelques phénomènes élémentaires de la psychose. In: *Passions de l'objet. Etudes psychanalytiques des psychoses* (p. 151). Paris: J. Clims.
- Fr. Mars, Z. (1979). *Kindler Verlag GmbH*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1977).
- Jung C. G. (1975). Lettre à Freud du 19 juin 1908. In: S. Freud & S. Jung C-G. *Correspondance I*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1906-1909).
- Kraepelin, E. (1984). *Introduction à la psychiatrie clinique*. Paris: Navarin. (Trabalho original publicado em 1905).
- Kraus, A. (1998). Thérapie de l'identité des mélancoliques et maniaco-dépressifs. *Confrontations psychiatriques*, 39, 275-304.
- Lacan, J. (1965). Problèmes cruciaux pour la psychanalyse. In: *Le séminaire, livre XII*. Inédit.
- Lacan, J. (1966). D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In: *Écrits*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1975). RSI. Le séminaire. Livre XXII. *Ornicar ? Bulletin du champ freudien*, 5, 56.
- Lacan, J. (1975-1976). *Le Séminaire livre XXIII, Le sinthome*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1981). *Le séminaire livre III, Les psychoses*. Paris: Seuil.
- Maleval, J.-C. (1994). Fritz Zorn, le carcinome de Dieu. Phénomène psychosomatique et structure psychotique. *L'Évolution psychiatrique*, 59(2), 305-334.
- Maleval J-C. (2011). *La logique du délire*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Maleval, J.-C. (2019). *Repères pour la psychose ordinaire*. Paris: Navarin Éditeur
- Maleval J-C. (2022). *Conversations psychanalytiques avec des psychotiques ordinaires et extraordinaires*. Toulouse: Erès.
- Miller, J. A. (1998). *La psychose ordinaire, La convention d'Antibes*. Paris: Agalma Seuil.
- Miller J-A. (2008). *Tout le monde délire*. Séminaire inédit.
- Miller J.-A. (2009). Effet retour sur la psychose ordinaire. *Quarto. Revue de psychanalyse publiée à Bruxelles*, 94-95, 43.
- Tellenbach, H. (1979). *La mélancolie*. Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1961).

Citação/Citation: Maleval, J-C. (mai. 2024 a out. 2024). Introduction à la notion de psychose ordinaire. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 19(38), 51-67. Disponível em www.isepol.com/asephallus. doi: 10.17852/1809-709x.2024v19n38p51-67

Editor do artigo: Tania Coelho dos Santos

Recebido/ Received: 01/10/2024 / 10/01/2024.

Aceito/ Accepted: 12/11/2024 / 11/12/2024.

Copyright: © 2024. Associação Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the author and source are credited.