

Les états-limites : une commodité psychiatrique et un embarras psychanalytique

Nicole STRYCKMAN

*« Le phénomène de la folie n'est pas
séparable du problème de la signification
pour l'être en général, c'est-à-dire du langage
pour l'homme. »*

J. LACAN

(49) Comme vous le savez peut-être, dans la nosographie utilisée par Freud comme dans celle qu'utilisa Lacan, on ne retrouve pas l'entité « état-limite », « cas limite », « personnalité limite » ou « borderline ». Si Freud ne l'a pas utilisée, c'est sans doute parce qu'elle n'existait pas dans les psychiatries allemande et française de son temps. Néanmoins, il aurait pu créer ce concept comme il a créé celui de névrose obsessionnelle. Cette absence est d'autant plus significative qu'il a rencontré beaucoup de difficultés à établir une frontière précise, des limites, entre psychoses et (50) névroses. Jamais cependant il ne fut tenté d'établir une entité mixte. Lacan lui non plus n'a jamais utilisé ce concept et, à ma connaissance, ne l'a jamais mentionné que pour le critiquer.

Ce constat d'absence chez Freud comme chez Lacan m'a amenée à me poser la question de savoir dans quelle mesure il y aurait incompatibilité entre une perspective, une approche psychanalytique et ce type de diagnostic.

Lacan fait part d'un élément nodal et structural absent dans les approches psychiatriques et psychanalytiques utilisant cette entité diagnostique. Cet élément est le suivant : *le sujet est un effet de langage*. Autrement dit, ce qui préside à la constitution même du sujet – à entendre ici comme sujet de l'inconscient et donc sujet du désir –, c'est la structure langagière qui l'inscrit. Ceci va induire, déterminer, construire tous les autres mécanismes en jeu dans le psychisme de tout être parlant. Le seul outil que le psychanalyste, le clinicien a à sa disposition est le transfert. L'utilisation à bon escient de cet outil implique que le praticien fasse un acte de sujet. Comme nous le verrons, ce diagnostic d'état-limite en fait faire l'économie.

A l'École Freudienne de Paris, le bruit circulait que Lacan ne faisait pas de diagnostic, voire même qu'il répudiait cette pratique comme étant peu digne d'un psychanalyste. Il est vrai que pour lui la première question essentielle était de savoir si une analyse pouvait ou non s'engager avec tel ou tel candidat à l'analyse. A partir de sa présentation clinique et de plusieurs de ses textes, il est évident que pour lui n'importe quelle structure n'était pas susceptible de bénéficier d'une analyse. De plus, il insistait sur le maniement différent du transfert selon les structures. Lors d'une présentation clinique à Saint Anne au sujet d'une patiente hospitalisée qui voulait reprendre son analyse au sortir de l'hôpital, n'a-t-il pas dit : « C'est bien dommage. »

Donc il s'agit bien pour lui d'élucider la structure, le système ou l'organisation psychique d'un sujet qui s'adresse au psychanalyste. Pas n'importe comment cependant. Pas à partir des seuls symptômes et comportements, par exemple, mais aussi et essentiellement, puisqu'il s'agit de (51)parlêtres, à partir du dialogue qui s'établit dans les entretiens préliminaires. Il faut donc savoir « par quel pied le sujet démarre » lorsqu'il s'adresse à l'analyste, et puisque c'est le discours qui a présidé à la construction du sujet, c'est logiquement à partir de la structure de ce discours – tel qu'il se déploie dans le transfert – que l'analyste va pouvoir au mieux se repérer et savoir à quoi il va se référer. Et c'est ce qui rend homogène le diagnostic et le traitement : tous deux prenant appuis sur le transfert. Par ailleurs, en tenant compte du discours dans le transfert, l'analyste reconnaît le patient comme sujet à part entière : parlêtre, sujet d'un désir inconscient, ayant sa spécificité la plus intime et la plus singulière. Ce qui me semble tout à fait essentiel à l'orée d'une « prise en charge » ou plus exactement de ce nouveau voyage subjectif qu'est toute cure.

Une autre raison rend nécessaire un diagnostic rigoureux. Si nous pensons qu'une cure exige du patient des actes qui engagent sa subjectivité, il me semble indispensable que l'analyste lui-même en pose un dans sa façon d'envisager le diagnostic. Un non-choix est, me semble ici plutôt de mauvaise augure. Mais remarquons immédiatement que si le diagnostic doit être posé et s'il doit l'être de façon précise, une extrême prudence reste indispensable dans son maniement. Je veux dire qu'il est indispensable qu'il reste interrogeable, ouvert à la remise en question – ce qui ne veut pas du tout dire qu'il reste dans le flou. Comme Freud, Lacan avait cette position : tout patient, à n'importe quel moment du travail, peut remettre en question tout ce qui a été établi quant à lui comme quant à la théorie. Ceci pose au moins deux questions :

- D'où l'analyste ou le clinicien écoute-t-il le sujet qui s'adresse à lui ?
- Quelle est la visée de son écoute ?

L'analyste, le clinicien, écoute le sujet qui s'adresse à lui d'une place, d'un lieu à double-face. Le premier comme le second, le patient comme le clinicien savent qu'ils ont un certain savoir. Le patient, lui, ne sait pas qu'il sait, sauf dans la perversion. Quant au praticien, il soumettra son savoir à la question du patient. La place qu'occuperont ces savoirs dépendra de la visée, du but du voyage subjectif à accomplir. Vous avez certainement déjà fait l'expérience suivante : la position d'écoute infléchit d'une part le lieu (52)d'où la personne vous parle, s'adresse à vous, et d'autre part le contenu de son discours. Même si on leur parle de la même chose, on ne parle pas de la même manière et on ne dit pas les mêmes choses à un mari, à un banquier, à un psychiatre ou à son père. Cette variation se retrouve en clinique. Une patiente peut produire un

discours délirant avec tel soignant et pas du tout avec le psychiatre qui l'a en charge.

Nous savons que pour Freud, la visée du travail psychanalytique était la levée des refoulements par un processus de remémoration, de répétition de l'histoire inconsciente du patient. Au centre de cette histoire se trouve le complexe d'Oedipe. En nous référant aux concepts de Lacan, il nous semble que Freud visait à favoriser le dévoilement de la vérité et l'accomplissement de la jouissance phallique. Freud avait une visée thérapeutique. La visée thérapeutique n'était pas étrangère à la pratique de Lacan, mais elle se formulait autrement, voire prenait d'autres chemins. Il s'agissait de rompre le cercle infernal de la répétition et de mener le sujet au-delà de la levée des refoulements. Autrement dit, il s'agissait de mettre en cause, et ce jusqu'à son terme, le rapport du sujet à l'Autre.

Faisons une parenthèse : on entend souvent dire que l'issue de la cure serait qu'enfin le sujet assume son désir. Ceux d'entre vous qui ont l'expérience de la clinique des pervers – des psychopathes, comme disent les psychiatres – mesurent immédiatement la pente savonneuse sur laquelle un tel énoncé nous amène. Comme nous le rappelle M. Czermak : « *Il y a des désirs assumés qui n'aboutissent à rien d'autre que faire des fléaux de ceux qui en sont agités* »¹. On voit comment certains désirs « assumés » dans l'actualisation n'aboutissent à rien d'autre qu'à transformer en fléaux ceux qui en sont les sujets.

Cette parenthèse étant refermée, revenons à cette *visée exprimée en termes de remise en cause du rapport du sujet à l'Autre* et remarquons l'importance d'une reconnaissance de la structure subjective dans sa singularité dès le départ du processus de la cure. Ceci nous permet de (53)comprendre, me semble-t-il, pourquoi ni Freud, ni Lacan n'ont usé de concepts tel que celui d'état-limite.

Sans doute convient-il de s'arrêter ici quelques instants au concept de structure. En termes freudiens, ce qui détermine la structure, ce sont les modalités de traversées – ou d'absence de traversée – du complexe d'Oedipe avec son corrélat qu'est le complexe de castration, quelle que soit l'entité nosographique à laquelle on se réfère. Parce que pour Freud « *à la genèse de la psychose, il se passe un processus analogue à celui de la névrose, mais naturellement entre d'autres instances (...)* Névrose et psychose se distinguent bien davantage l'une de l'autre dans leur réaction initiale de départ que dans la tentative de réparation qui suit. »² C'est à ces « réactions initiales de départ » que Lacan va s'arrêter pour différencier ce qui constitue, ce qui construit, fabrique les mécanismes de l'inconscient.

Ce terme de structure, Lacan l'emprunte au structuralisme et en fait un emploi « autorisé de celui de Claude Lévi-Strauss »³. Immédiatement, Lacan

1 M. CZERMAK, « La pratique raisonnée de J. Lacan », in *Le discours psychanalytique*, février 1989, n° 1, p. 7.

2 S. FREUD, « La perte de réalité dans la névrose et la psychose » (1924), in *Bulletin de l'Association*, novembre 1987, n° 25, p 7.

3 Ceux qui souhaitent découvrir la démarche de Lacan et sortir ce concept de son

fait rupture, coupure avec le terme de personnalité et associe structure au sujet. La structure qui fonde et définit le sujet est celle du discours. Ceci ne fait que reporter la question : qu'est-ce qu'un discours ? « *J'appelle discours ce quelque chose qui dans le langage se fixe, se cristallise, qui use des ressources du langage qui sont évidemment plus larges, qui ont beaucoup plus de ressources, qui use de ça pour que le lien social entre être parlants, ça fonctionne.* »⁴

Citons quelques références structurales que l'on peut repérer tout au long de l'enseignement de J. Lacan :

– Stade du miroir : mise en place de la matrice symbolique de l'identification (54) dans ce rapport en miroir au semblable et de l'agressivité lié à ce moment structural.

– Topologie des trois instances – symbolique, réel et imaginaire – à partir du séminaire I sur *Les écrits techniques de Freud*. En différenciant ces trois instances, nous pouvons, par exemple, repérer comment un sujet dans son rapport à son semblable se situe uniquement dans le registre de l'imaginaire, c'est ce que signe la paranoïa.

– Topologie du schéma L – schéma de l'inter-subjectivité, de la « mise en question du sujet ». A partir du moi dans la théorie freudienne et la technique psychanalytique, Lacan va démontrer que la relation intersubjective ne comporte pas deux ou trois pôles mais bien quatre : le sujet, le moi, ses objets et l'Autre. Ceci permet, par exemple, de mieux cerner la relation d'objet qu'a un enfant avec sa mère et inversement, et de rompre avec les concepts de symbiose, fusion, archaïsme, qu'il n'est pas obligatoire de traverser. Parmi d'autres exemples encore, nous pouvons constater que pour un enfant être objet du désir de sa mère est radicalement différent qu'être objet de sa mère.

– Topologie du schéma R « *permet de démontrer les relations qui se rapportent non pas aux stades préoedipiens qui ne sont pas bien entendu inexistantes, mais analytiquement impensables (...) mais aux stades prégénitaux en tant qu'ils s'ordonnent dans la rétroaction de l'Oedipe.* »⁵ Il démontre également l'enjeu majeur du Nom-du-Père dans les psychoses, etc.

Arrêtons-nous quelques instants à la question des psychoses et plus particulièrement aux sujets adolescents qui du fait de la crise qu'ils traversent sont placés à cette limite du procès subjectif. C'est d'ailleurs souvent à leur endroit que la question d'état-limite se pose. Prenons une vignette clinique pour poursuivre notre réflexion. Il s'agit d'une jeune fille diagnostiquée borderline par le psychiatre. Elle se présente marchant avec précaution, un des symptômes majeurs était une vision tubulaire survenue (55) suite à un accident de voiture qu'elle avait eu avec ses parents. Ceux-ci y avaient trouvé la mort. « Ils étaient enfin heureux », disait-elle. Le psychiatre avait posé le diagnostic de borderline parce qu'elle correspondait exactement aux critères de Perry et

emploi confusionnel se référeront au texte de Lacan repris dans les *Ecrits* sous le titre « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache » – « Psychanalyse et structure de la personnalité », pp. 647-684, dont la première partie s'intitule « La structure du sujet ».

4 J. LACAN, « Conférence à l'Université de Louvain » (1972), in *Document de travail de l'Association freudienne*, p. 74.

5 J. LACAN, « Du traitement possible de la psychose », in *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 554.

Klerman :

- Trouble de l'identité ;
- Instabilité affective ;
- Insatisfaction face au vide ;
- Vie dénuée de sens ;
- Profonde angoisse ;
- Passage à l'acte (vols dans les grandes surfaces).

Le psychanalyste qui a reçu cette patiente après son hospitalisation hésite entre mélancolie et névrose obsessionnelle ; il réfute même la nécessité de poser un diagnostic. Après six mois de cure, la jeune fille se suicide en se jetant d'un pont. De cette issue malheureuse, quels enseignements tirer ? Est-ce l'hésitation du psychiatre et du psychanalyste, le diagnostic d'entre-deux du premier et l'absence de choix du second qui les ont amenés à passer à côté du diagnostic de psychose ? Bien sûr, les choses sont plus aisées à remarquer dans l'après-coup. Diagnostic qui pouvait être posé non pas à partir du symptôme comme tel – par exemple, la vision tubulaire – mais à partir du commentaire qu'elle en faisait : « La vision spéciale que j'ai me permet de voir les objets dédoublés. Je pouvais en prendre un comme il y en avait deux, je ne volais pas. L'objet n° 1 restait toujours là. » Elle était « l'objet n° 2 » dans sa famille et, poursuivait-elle, « à ça Monsieur, disait-elle en s'adressant à son psychiatre, vous ne changerez rien. » Comme celui-ci nous le disait, elle le lui avait bien prouvé en « volant au-dessus d'un pont ». Passage à l'acte qui pouvait être entendu déjà comme possible à partir du récit qu'elle faisait de l'accident de voiture. Elle disait, en effet, qu'ils s'étaient « volé, non en-volé » là où enfin ils sont heureux et qu'elle voyait quelle *devait* les rejoindre.

Par ailleurs, à maintenir cette patiente, par son diagnostic dans l'entre-deux subjectif, le psychiatre était amené à nous dire : « Vous verrez, elle résistera au traitement ; elle joue de sa vision ». Si le psychanalyste avait entendu, notamment par cette voix impérative, par l'interprétation de sa vision (56)tubulaire, par l'identification à l'objet perdu, qu'il s'agissait de psychose, il n'aurait pas pensé avec le psychiatre que le sujet résistait au traitement mais qu'il se défendait, que cette jeune fille défendait sa peau, sa vie en essayant par tous les moyens de remédier, de pallier le défaut, l'absence non d'une signification absente dans l'Autre mais de ce qui fonde la signification elle-même.

Cette modalité d'existence, toute dans la défense, donne lieu à des symptômes qui ne sont pas interprétables parce qu'ils ne sont pas inscrits dans le symbolique. Il ne faut pas les confondre avec les symptômes qui servent la résistance sous peine d'induire le désastre chez le patient. Situer un sujet dans l'entre-deux des limites me semble propice à faire basculer le névrosé dans l'acting-out, dans le passage à l'acte, voire dans une pseudo-psychose, et le psychotique dans le délire ou dans la mort. Peut-être que je pousse les choses un peu loin, mais je soumetts cette réflexion à la discussion. En ceci, je rejoins les critiques du concept faites par Ph. van Meerbeeck ⁶, M. Czermak, J-J. Rassial et Ch. Melman. Dans sa thèse sur l'adolescence, Ph. van Meerbeeck signale que peu d'adolescents échapperaient au diagnostic de borderline tel que le

6 « L'adolescent psychotique tenu à l'impossible », thèse présentée à Louvain-en-Woluwe, Faculté de médecine, 1983.

définissent Bergeret et Kernberg ; et il poursuit en suggérant que la crise d'adolescence elle-même est, par définition, un état-limite.

Pour M. Czermak, beaucoup de borderlines sont en fait des psychoses latentes et il vaut mieux les considérer comme telles. J-J. Rassial pense que les adolescents borderlines sont tantôt des hystériques, tantôt des psychotiques, mais il laisse la possibilité de quelques cas limites, au sens de non encore installés dans une structure définitive ⁷.

Enfin dans un livre sur l'hystérie ⁸, Ch. Melman souligne que le concept de borderline laisse supposer la graduation d'une échelle allant du (57)normal au pathologique ce qui est contraire au concept de structure. Il préfère, lui aussi, que l'analyste fasse le choix entre névrose et psychose en soulignant que dans bien des cas les symptômes relevant des états-limites sont en fait des défenses proprement névrotiques, souvent organisées par l'hystérie, organisée par l'attente d'une *sanction* symbolique – de l'Autre – autre que celle donnée par le Nom-du-Père. Dans ces cas d'hystéries, au concept de borderline il préfère le concept de *parapsychose* ⁹.

En guise de conclusion, il nous semble que l'indétermination du clinicien qui use d'un tel diagnostic va redoubler celle du patient quant à sa subjectivation. Elle va l'autoriser à s'abstraire de l'inscription phallique et au devoir que cette inscription impose. Le patient sera ainsi à l'abri, dans un « entre-deux (-d'eux) » où tout est possible. Et ce « tout est possible est tout proche du « tout est permis » » puisque le représentant de l'Autre, le praticien, cadre la position subjective du patient hors du champ de sa responsabilité en tant que sujet.

Quelle est la voie de sortie d'une telle confusion ? L'éthique qui guide toute pratique. Une éthique n'a pas de variantes, même techniques. Quand il s'agit du psychiatre, cette éthique opère de façon homogène à la structure en cause. Ce qui importe au clinicien n'est pas l'état-limite des sujets qui viennent se confier à lui mais bien les limites imposées à ce sujet et au praticien par l'état de la structure subjective. En effet, comme l'écrivait Lacan : « User de la technique qu'il a instituée, hors de l'expérience à laquelle elle s'applique, est aussi stupide que d'ahaner à la rame quand le navire est sur le sable. » ¹⁰

7 M. CZERMAK, Ph. GUTTON et J-J. RASSIAL, « Peut-on parler d'états-limites à l'adolescence ? », in *La psychanalyse de l'enfant*, Tome 1, n° 5, pp. 17-27.

8 Ch. MELMAN, *Nouvelles études sur l'hystérie*, Paris, J. Clims-Denoël, 1984, pp. 221-230.

9 Ibidem.

10 J. LACAN, « Du traitement possible de la psychose », op. cit., p. 583.