

Le « cas limite », symptôme de l'analyste ?

Nicole STRYCKMAN

(33) L'embarras devant lequel nous nous trouvons aujourd'hui face à ce que certains appellent « les nouvelles maladies de l'âme » et que d'autres, reprenant des concepts psychiatriques, nomment « borderlines », « cas limites » ou encore « états limites », cet embarras est-il l'indice de quelques carences théoriques de la psychanalyse ou celui de la nécessité d'une redéfinition que les signifiants lacaniens ne permettent pas ? On peut aussi se demander si cet embarras est la réponse de la psychanalyse à notre société en souffrance d'identité ou bien encore l'effet d'une angoisse identitaire affectant les psychanalystes eux-mêmes ?

Les quelques remarques dont je voudrais vous faire part, se sont élaborées au cours du travail d'un cartel réalisé l'an passé avec A. Crommelinck, J. de Garcia et J-P. Lebrun. Après une revue rapide de la littérature, nous avons procédé à une lecture approfondie du livre de A. Green *La folie privée – Psychanalyse des cas limites*. Malgré ce travail, l'embarras était pour (34) moi toujours au rendez-vous. C'est donc de cet embarras que je vais vous rendre compte aujourd'hui.

Revenons à la première de mes hypothèses. L'embarras devant ce que certains appellent les cas limites est-il dû à une carence de la théorie psychanalytique, carence qui rendrait nécessaire la création d'une nouvelle entité voire d'une nouvelle structure ?

Autrement dit, les concepts et traits structuraux avancés par Lacan et ses prédécesseurs, s'avèrent-ils insuffisants pour prendre en compte et rendre compte de la structure du discours de ces sujets qui nous embarrassent aujourd'hui.

Si j'ai bien compris le point de vue de J-J. Rassial et d'autres, les structurations névrotiques, psychotiques et perverses semblent ne pas pouvoir entièrement rendre compte des mécanismes en jeu pour ce temps de passage qu'est l'adolescence. Il nous dit entr'autre chose que dans ce temps de passage doit s'effectuer une « opération adolescente » qui consiste à « valider ou invalider » l'inscription du Nom-du-Père¹, c'est à dire, la mise en place d'une singularité subjective réalisée au cours de l'enfance pour l'essentiel à l'insu du sujet. C'est

¹ P. GUTTON, M. CZERMAK, J-J. RASSIAL, « Peut-on parler d'états limites à l'adolescence ? », in *La psychanalyse de l'enfant*, n° 5, Tome 1, pp. 17 à 27. – J-J. RASSIAL, « L'opération adolescente et la limite de l'enfant à l'adulte », in *Courrier de Belgique de l'Association Freudienne*, n° 35, juin 1995, pp. 7 à 10. – J-J. RASSIAL, « États limites et adolescence », Conférences inédites, Bruxelles, 1995 et 1996.

pour ces sujets en « état limite », arrêtés devant la difficulté de cette « validation » qu'il conviendrait de poser le diagnostic d'état-limite. Mon inexpérience de la clinique des adolescents et la rigueur de son travail ne m'autorisent pas à infirmer une telle affirmation. Il me permettra néanmoins de lui demander de m'expliquer davantage ce que veut dire « valider » ou « invalider » l'inscription du Nom-du-Père. De même, je n'ai pas bien perçu comment les adolescents s'y prennent pour reconnaître ou non cette « valeur ». Ni non plus quelles sont les conséquences opérationnelles de cette théorisation. S'il me paraît évident que l'adolescence est une période de flottement il me semble qu'il s'agit là du flottement d'un sujet déjà structuré. Bien sûr, dans ce temps de l'adolescence (35) certaines pathologies peuvent se déclencher et certaines structures peuvent apparaître au grand jour. Mais il me semble que c'est surtout à de nouvelles identifications que le sujet adolescent est convié.

Par ailleurs, les différents articles de Bergeret précisent bien que les états limites sont une phénoménologie clinique spécifique en même temps qu'une structure spécifique. Dans son article sur *Hypothèses sur les nouvelles maladies de l'âme*², J-P. Lebrun compare très finement la conception de Bergeret et l'enseignement de Lacan en s'appuyant sur la cure du petit Hans. Il affirme, notamment, que « ce qui est décrit comme états-limites par Bergeret correspond incontestablement à une phénoménologie clinique, mais n'en est pas pour autant une structure ». En revanche, poursuit-il, comment ne pas penser que ce qui est ainsi collecté sous le dénominateur d'états limites a directement à voir avec « la persistance de l'enlèvement dans la seule relation imaginaire, leurrante et avec une insuffisante articulation au symbolique ainsi que l'évoque Lacan à propos du petit Hans. » Il me semble que la reprise de l'hypothèse de Bergeret est très intéressante et à poursuivre. Mais, je ne comprends pas l'intérêt du rapprochement avec la phobie. Je ne comprends pas non plus comment, dans la phobie, peut persister un « enlèvement dans la seule relation imaginaire, leurrante avec insuffisante articulation symbolique ». Il me semble que, du fait de la création de sa phobie ou plus précisément de son signifiant phobique (on sait que Lacan distingue l'objet fétiche du signifiant phobique), du fait donc de créer ce signifiant phobique (en l'occurrence, le cheval), Hans ne reste pas entièrement enlisé dans l'imaginaire. Au contraire, ce signifiant lui rappelle continuellement et la castration de sa mère et la sienne propre, desquelles il ne veut rien savoir. Disons-le autrement. Nous savons et Hans aussi, que le signifiant est de nature substitutive et donc que le rapport au symbolique et à la perte est impliqué dans la constitution même de la phobie. Si j'ai une appréhension correcte de la phobie du petit Hans, nous ne sommes plus entièrement plongés dans l'imaginaire.

(36)A ma première question, je réponds donc par la négative : La théorie psychanalytique contient les éléments nécessaires pour aborder valablement les sujets diagnostiqués « états limites ». Il ne me semble pas nécessaire d'y ajouter une nouvelle entité.

Pourquoi alors le fait-on ? Et j'en viens à ma deuxième question. Serait-ce pour répondre adéquatement aux souffrances particulières produites par notre société et à l'embarras de tous face à ces nouvelles manifestations pathologiques ?

Il est tout à fait vrai que le fonctionnement de notre société induit un nouveau « malaise » dont témoignent certains des patients qui s'adressent à nous. Ce malaise n'est plus celui que Freud avait décrit, engendré par la frustration sexuelle et la répression de l'agressivité

2 J-P. LEBRUN, « Hypothèse sur les nouvelles maladies de l'âme », in *Le Bulletin Freudien*, n° 28, 1996, pp. 9-48.

et des pulsions meurtrières. Ceux qui s'adressent à nous aujourd'hui sont de plus en plus souvent embarrassés par la promotion contemporaine du caractère absolu de la liberté, de l'épanouissement personnel sans contrainte, de la toute-puissance de la science et, par conséquent, de la toute puissance de l'individu, promotion qui, paradoxalement, semble entraîner une crise d'identité individuelle et sociale. Cette crise, modifie parfois très radicalement la dialectique de leur demande, ce qui amène – ce qui devrait amener – le clinicien soit à innover, soit à accepter les limites de la psychanalyse. Pourquoi faudrait-il d'ailleurs que la psychanalyse puisse répondre à toute demande ? Comme je viens de l'expliquer, innover par la création d'une nouvelle catégorie, ne me semble pas nécessaire. Bien plus, comme j'ai tenté de le démontrer dans un article précédent, il me semble que l'indétermination théorique du clinicien qui use d'un tel diagnostic, vient redoubler celle du patient quant à son identité subjective. Autrement dit, cette indétermination du clinicien ne peut qu'induire le sujet à s'abstraire plus facilement des devoirs liés à l'inscription phallique. Par son diagnostic, le clinicien laisse son patient à l'abri d'une indétermination où tout est possible. Et ce tout est possible est tout proche du tout est permis. En effet, ce diagnostic d'état limite cadre la position subjective du patient hors du champ de sa responsabilité de sujet.

Pour sortir de cette impasse, il me semble important de ne pas donner (37)consistance à l'état limite de ces sujets qui viennent se confier à nous et de nous interroger au contraire sur les limites qu'impose la structure qui est la leur (psychose, névrose ou perversion) à ces sujets comme à nous-mêmes.

Pourquoi donc innover en terme de nouvelle entité, plutôt qu'en terme de modalités d'interventions et d'interprétations ?

Ma première hypothèse est la suivante : la reprise de ce concept d'état-limite à la psychiatrie, serait partiellement l'expression d'une crise identitaire des psychanalystes et de l'institution psychanalytique souhaitant prendre une autre place dans l'univers scientifique d'une part, dans le social et le culturel d'autre part. La reconnaissance du désir, fonction essentielle de l'analyste dans la cure se trouvant concurrencée, voire transmuée, par un désir de reconnaissance hors la cure par la science comme par le social et le culturel.

Ma seconde hypothèse concerne le rapport des psychanalystes à leurs pères et à leurs pairs et leur difficulté de sortir du prêt-à-porter qui leur fut transmis. Autrement dit, comme cela peut aisément s'observer, nous témoignons d'une certaine inhibition à interroger la fonction du psychanalyste aujourd'hui, la pertinence du concept de « désir du psychanalyste », les différents éléments de la technique et enfin, la place de maître à laquelle nous avons hissé et la psychanalyse et nos « maîtres à penser », comme nous plaçons à le dire. Tout ceci nous amènerait à nous réfugier dans une nouvelle entité psychiatrique qui nous autorise à une autre pratique. Mais cette autorisation nous entraîne hors du champ de l'analyse en évitant d'aborder la crise identitaire qui est la nôtre. En évitant aussi d'élaborer les nouvelles modalités d'interventions psychanalytiques qui pourraient être les nôtres en présence de ces dialectiques particulières des demandes qui nous sont adressées.

Comment cette crise identitaire des psychanalystes trouverait-elle sa résolution ou du moins quelques apaisements dans cette adoption de l'entité clinique des états limites ?

Cela s'opère, je pense, par un processus que nous connaissons bien : le mécanisme d'identification. Autrement dit, nous nous identifions à cet (38)état-limite, à cet état

d'entre-deux.

Lorsqu'il introduit cette entité psychiatrique, Hughes (psychiatre anglo-saxon, 1884) affirme que l'état-limite est relativement stable dans son instabilité et qu'il est une forme transitoire, une forme de passage d'un état dans un autre. Deux points m'intéressent dans ce propos par rapport à la transmission de la psychanalyse et des institutions psychanalytiques. Les termes de « stabilité dans l'instabilité » ainsi que le « passage d'un état dans un autre ». Pour ce dernier, comme psychanalystes nous disons, passage dans un état déjà là. Pour le premier point, que constatons-nous ? Depuis la mort de J. Lacan et la dissolution de L'École Freudienne, dans nos institutions, nous constatons, d'une part, une stabilité dans l'affirmation que l'institution psychanalytique est nécessaire pour l'éthique de la psychanalyse et pour sa transmission. D'autre part, une instabilité de ces institutions elles-mêmes qui se font et se défont, la nôtre exceptée, au gré des conflits interpersonnels et des enjeux narcissiques passagers.

Que constatons-nous ensuite au niveau de notre rapport au culturel et social ? D'une part, que les psychanalystes sont de plus en plus sollicités pour y intervenir ; d'autre part, qu'ils semblent de plus en plus désireux de le faire. Tout ceci ayant pour conséquence qu'ils oscillent d'un « état » dans un autre, ou, si vous préférez, d'un discours à l'autre, ne sachant parfois plus très bien quel maître servir, ni non plus quel maître ils servent.

Faut-il ne pas répondre à ces demandes ? Faut-il fuir les médias, l'université, la médecine, comme peste pour la psychanalyse ? La réponse n'est certainement pas simple et univoque. Trop complexe en tout cas pour la développer aujourd'hui. Je rappellerai simplement ce que C.D. Rath nous disait à Bruxelles il y a deux ans à propos des médias dans son exposé sur *Les défis sociaux de la psychanalyse*³. « Ces médias sont, disait-il, des aspirateurs qui absorbent le désir et l'angoisse... Télé-Maître... des psychanalystes aussi peuvent jouer au maître à la télévision. » Il nous mettait en garde « Jusqu'à quel point peut aller la clarté (*Anschaulichkeit*) sans que (39)l'essentiel de la psychanalyse ne soit trahi ». Et il insistait sur le fait que la fonction essentielle du psychanalyste était de rendre possible qu'une autre parole que celle qui occupe la place sociale puisse être énoncée.

Ne conviendrait-il pas de mettre à plat toutes ces questions plutôt que de nous tourner vers d'autres horizons (le social, la science, la psychiatrie et ses états-limites) en nous épargnant la confrontation, il est vrai toujours pénible, avec nos symptômes de psychanalystes.

Pourquoi cette nécessité de faire d'une entité psychiatrique – qui, notons-le, a toute sa raison d'être dans ce champ –, pourquoi donc en faire un repère clinique pour notre travail de psychanalystes ?

« Le symptôme psychiatrique devient psychanalytique, écrit J. Clavreul dans *L'Ordre médical*⁴, quand il est pris non comme un signe mais comme un signifiant. Il renvoie non à quelque chose mais au sujet lui-même. A ce titre, il n'est pas réductible et ne peut se transformer qu'en accédant à la signification, c'est-à-dire en prenant place dans la chaîne des signifiants par où le sujet se représente. »

Quant à J-P. Lebrun, il nous rappelle avec pertinence, dans son livre *De la*

3 C.D. RATH, « Les défis sociaux de la psychanalyse », in *Le Bulletin Freudien*, n° 23-24, 1994, pp. 177-198.

4 J. CLAVREUL, *L'ordre médical*, Paris, Seuil, 1973, p. 206.

*maladie médicale*⁵, que l'objet de la psychiatrie étant le psychisme humain pathologique, il est difficilement possible à celle-ci d'évacuer complètement le sujet, autrement dit, tout ce qui n'entre pas dans la rationalité scientifique. C'est sûr, mais nous ne pouvons pas oublier que la psychiatrie fait partie intégrante du discours médical, et qu'elle peut difficilement avoir d'autres buts et d'autres éthiques que ceux de ce discours. Le psychiatre vise l'amélioration de l'état de son patient ce qui est bien différent de la modification de sa position subjective. La psychiatrie vise la suppression des symptômes ce qui est bien différent de leur redonner leurs sens.

La psychanalyse a pour objet le sujet de l'inconscient et ses avatars. Son éthique est davantage centrée sur l'assujettissement du sujet notamment au désir de l'Autre. Cette éthique a aussi ses limites.

(40) Pourquoi donc emprunter cette entité diagnostique à un champ aussi différent du nôtre ?

Première hypothèse. Ce pourrait-il que cette nécessité soit la conséquence de notre culpabilité ? En effet, confrontés à la nécessité d'interroger l'apport de nos fondateurs et maîtres, nous estimons avoir une dette à leur égard, dette analogue à celle qui nous lie au père. Cette dette, illusoire, je pense, est cependant très présente. La clinique nous enseigne que la culpabilité surgit lorsque le sujet formule une demande qu'il ressent, inconsciemment, être interdite car une réponse positive conduirait à la mort du désir. Cette interrogation de l'apport de nos fondateurs serait-elle à ce point conséquente, qu'elle conduirait à la mort de notre désir et, plus spécifiquement, du *désir de l'analyste* ?

Deuxième hypothèse. Cette élévation de l'entité psychiatrique au rang de signifiant de la théorie analytique, pourrait être un moyen de composer avec l'Autre en tant que lieu des signifiants. Ce souhait, comme je l'évoquais précédemment, est peut-être une nécessité face à l'ascèse de notre éthique, « celle du manque, du vide, du trou qui fonde le sujet de l'inconscient et donc le désir, les jouissances. Celle qui fonde le désêtre comme visée de fin de cure », comme je l'indiquais dans un article précédent⁶. Une tentative nouvelle de donner une consistance réelle à l'Autre afin que ce *désir du psychanalyste* ait lui aussi une consistance autre que celle de la perte.

Rappelons-nous ici ce qu'affirmait Ch. Melman : « "Le désir du psychanalyste" est un désir qu'entretient la répétition de la perte de l'objet a qui nous a fait sujet. »

Composant ainsi avec l'Autre, nous pourrions peut-être reculer la limite de notre fonction et de notre action, participant ainsi à l'air du temps.

Nous avons déjà dit qu'il se caractérise par un recul des limites à l'infini. Ce recul des limites est au niveau des structures, probablement plus favorable à l'élaboration des perversions que des névroses.

(41) Mais faut-il que nous participions ainsi à l'air du temps ?

Dans un récent article sur les institutions de la cité⁷, M-J. Segers affirmait qu'il fallait éviter que des institutions qui représentent la loi ou qui sont destinées à soigner soient structurées de la même manière que les symptômes qu'elles sont censées guérir. De la même manière, je pense que la théorie analytique ne gagnerait rien à dépasser ses limites par une

5 J-P. LEBRUN, *De la maladie médicale*, De Boeck, 1993, pp. 193-211.

6 N. STRYCKMAN, « La psychanalyse participe-t-elle aux idéologies régnautes ? », in *Le Bulletin freudien*, n° 23-24, 1994, p.54.

7 M-J. GÉRARD-SEGERS, « Le champ social et la psychanalyse », *Le Bulletin freudien*, n° 28, 1996, pp. 59-70.

telle composition avec l'Autre.

Je terminerai par une courte vignette clinique. Une patiente – que certains auraient sans doute étiquetée état-limite –, me disait dernièrement : « Vous m'avez sortie de ma folie. Et maintenant, qu'est-ce que je vois : une réalité où le mensonge, l'égoïsme et la solitude font la loi. Je ne veux pas de cette réalité là et je vous en veux de m'avoir sortie de là. Maintenant vous devez vous occuper de moi et me trouver hébergement et moyen de subsistance... »

Étant donné son histoire personnelle et celle des cures qui avaient précédé et celle qu'elle avait entreprise avec moi, je fus tentée de la *prendre en charge* comme disent les psychiatres, elle et ses difficultés très réelles. Mais était-ce bien là ma fonction ? Je ne le pense pas. Comme le souligne M-J. Segers : « La coordination et la concertation sont certes d'actualité mais elles doivent se concevoir dans le maintien strict de la spécificité de chaque discipline ».

En guise de conclusion, deux questions :

1. Comment oeuvrer aujourd'hui pour que les symptômes des patients et des analystes restent des symptômes de sujets et non des symptômes de leur état ?
2. La reprise du concept état-limite comme référence ne serait-elle pas, pour nous psychanalystes, une manière de nous guérir de la psychanalyse ? Vous vous rappelez sans doute que pour Lacan, la (42) psychanalyse était un symptôme, un symptôme social. Pourquoi vouloir guérir de la psychanalyse plutôt que de nos symptômes qui nous amènent à nous en écarter.

Mais peut-être que je suis dans l'erreur. Si c'était le cas, j'espère que les travaux de ces journées me le diront.