

Les états limite en 2010. Soigner quoi ?

Jean Bergeret

DANS **REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE** 2011/2 Vol. 75 , PAGES 367 À 374
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0035-2942

ISBN 9782130587439

DOI 10.3917/rfp.752.0367

Date de mise en ligne : 30/05/2011

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2011-2-page-367?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les états limite en 2010. Soigner quoi ?

Jean BERGERET

Nous devons être reconnaissants au comité de rédaction de la *RFP* pour son initiative destinée à clarifier le domaine souvent un peu flou des entités nosologiques intitulées « états limite ».

DES ÉTATS NON IDENTIFIÉS

Dans la préhistoire d'une pensée psychanalytique chargée pourtant des plus riches développements dans bien des registres, on ne s'embarrassait guère de différenciations de l'ordre de la psychopathologie clinique. Nombre de psychiatres de culture germanique s'intéressaient surtout aux distinctions à établir entre les différentes formes de psychoses. Freud, choisissant une autre voie de recherche, suivait tout d'abord les vues de Charcot qui ne voyait partout que des « hystériques ». Bien qu'ayant reçu les conseils de nuances prodigués par Bernheim, Freud risquait donc, au début de sa pratique, de ne voir que des « névroses » pour illustrer ses géniales découvertes sur l'Œdipe et la sexualité, le rôle de l'Inconscient et les conflits émaillant toute psychogenèse.

Cependant, peu à peu, il acceptait de discuter des conséquences de cette autre découverte capitale sur laquelle il restait curieusement trop discret : le rôle joué très précocement par les aléas du courant affectif et pulsionnel de nature narcissique ; courant autocentré en fréquente opposition avec un courant sexuel vraiment objectalisé. Il lui fallut tout un temps pour accepter les découvertes de K. Abraham sur l'évolution prégénitale obligatoire et si déterminante chez l'enfant.

À la génération suivante, un certain nombre d'analystes considéraient, d'un point de vue clinique tout autant que théorique, qu'il paraissait difficile de réduire la pathologie mentale à une distinction entre « névroses » et « psychoses ». De même qu'il semblait bien utile de se rapporter à une définition plus restrictive de la notion de « névrose ». Peu à peu, l'hypothèse de l'existence d'« états limite » prenait corps. Restait encore un souci différentiel à apporter à cette entité nouvelle. Dans la seconde moitié du siècle dernier, on entendait un

peu partout évoquer l'hypothèse d'une troisième catégorie clinique. Mais les avis divergeaient sur sa véritable nature. À Paris, Bernard Schmitz avait, à la Société Psychanalytique de Paris, rue Saint-Jacques, évoqué ces difficultés.

À la fin des années 1960, Paul-Claude Racamier animait à Lyon un séminaire sur les abords de patients d'allure psychotique mais peu ou pas délirants, de plus en plus souvent rencontrés. Il désirait en mieux déterminer la nature, et en particulier la nature de *borderline* dont on commençait à parler aux États-Unis. En établissant son programme d'année, il me demandait de présenter une synthèse portant sur le traitement des *borderline* appelés en français « états limite ».

Je me voyais ainsi placé dans la situation d'un pilote de chasseur-bombardier du Strategic Air Command auquel son chef des opérations aurait confié la tâche de se porter à la rencontre des « soucoupes volantes » sans connaître leur nature, le lieu où il serait possible de les situer..., voire même sans savoir si elles existent vraiment...

Je parlais donc à l'assaut, tout d'abord, d'une abondante littérature, en grande partie américaine, peu connue en Europe. Je parcourais les écrits d'A. Stern (1945), R. Fliess (1950), V. W. Eisenstein (1956), E. Bibring (1964), E. Jacobson (1964), puis les premiers travaux d'O. Kernberg (1967) contemporains de mes premiers écrits. Les écrits européens se multiplièrent par la suite mais, au début, dans une relative dispersion.

Au tout début de mes investigations, les écrits de R. Fliess, disciple de K. Abraham, attirèrent mon attention. Il tentait en effet de moderniser nos conceptions de la psychogenèse (et de ses conséquences en psychopathologie). R. Fliess mettait en évidence une ligne de clivage observable au cours de la psychogenèse (la *divided line*). Pour lui, toute conflictualisation importante survenue en amont de cette ligne ne pouvait donner naissance qu'à des pathologies non névrotiques alors que toute conflictualisation importante survenue en aval de cette ligne ne pouvait donner lieu qu'à des pathologies non psychotiques. Il me semblait rester à définir quelles étaient les pathologies se situant au niveau de la *divided line* et ce furent alors le début de mes premières hypothèses sur la situation nosologique des états limite.

D'autres hypothèses ont été formulées sans toutefois retenir bien longtemps l'attention en considérant les réalités imposées par la clinique. Certains ont considéré les états limite comme de petites psychoses, d'autres comme des névroses graves, d'autres encore comme une façon de passer de la névrose à la psychose (ou inversement). Peu à peu, un accord a semblé s'établir pour reconnaître aux états limite un statut autonome et particulier par rapport à nos conceptions anciennes et duelles (ne faudrait-il pas dire plutôt dualistes ?) de la psychopathologie.

DES « ÉTATS » IDENTIFIÉS

À partir de 1970, on commença un peu partout à parler, dans une relative indistinction, les uns d'« états limite », les autres de *borderline*. La confusion semblait facilitée par l'amitié qui nous liait, O. Kernberg et moi-même. Cependant, au cours de la réception d'O. Kernberg que j'organisais au Groupe lyonnais de psychanalyse, quelques divergences apparurent dans nos définitions. Les points de vue personnels me semblèrent plus précis après ma visite de l'étage des *borderline* dans le service de mon ami au New York Hospital de White Plains. Cet étage correspondait tout à fait à ce que nous appelions dans nos hôpitaux psychiatriques de l'époque des « services ouverts ». C'est-à-dire des lieux d'accueil pour psychotiques non délirants ou diverses variétés de prépsychotiques. Les deux termes d'états limite et de *borderline* pouvaient nous rappeler ce que l'on désignait chez les étudiants de la langue anglaise des « faux amis ». La traduction littérale des termes ne permettait pas de croire à l'unité des sens. Si certains de nos états limite pouvaient être des prépsychotiques, un bon nombre des *borderline* hospitalisés, parmi les patients de White Plains, auraient été classés par nous parmi les prépsychotiques. Une grande prudence dans nos diagnostics semble nécessaire pour choisir nos réponses thérapeutiques, anti-psychotiques pour les uns et seulement antidépressives pour les autres.

Bien que le risque de confusion entre *borderline* et états limite demeure toujours présent un peu partout, les définitions des états limite proposées par une équipe de collègues du Groupe lyonnais ont rapidement retenu l'attention des collègues parisiens de la SPP comme de l'APF. Des invitations à exposer notre point de vue émanaient de toute l'Europe puis des deux Amériques où je me rendais à plusieurs reprises. Nos écrits étaient diffusés en sept langues du Japon à la Russie. Cette notion nouvelle a connu un succès très particulier. De plus en plus de cliniciens se montraient favorables à l'hypothèse d'une psychopathologie nouvelle, centrée sur les aléas du narcissisme, ayant dépassé les risques de clivages psychotiques mais n'ayant pas pu accéder à une problématique relationnelle, voire conflictuelle, organisée sous la primauté objectale œdipienne. Ce fut, pour beaucoup, une sorte de soulagement permettant de mieux comprendre le niveau conflictuel de tant de leurs patients. Les travaux de S. Lebovici dès 1960 puis toutes les recherches conduites par B. Grunberger avaient vraiment ouvert la voie à nos nouvelles propositions tout autant théoriques que pratiques.

Un consensus semblait établi pour ne rien changer à nos conceptions classiques concernant les caractéristiques des structures psychotiques et leurs multiples formes cliniques, de même que nos conceptions d'une véritable structure névrotique tournant essentiellement autour du modèle hystérique si bien décrit par Freud. Mais notre pratique journalière nous conduisait à rencontrer un très

grand nombre de situations relationnelles et affectives, pas assez solides ni stables pour correspondre à un statut de structure. Bien que ces pathologies semblent osciller entre névroses et psychoses, elles conservent leur économie propre dont le pivot est de nature narcissique secondaire. Il s'agit de la relation d'un sujet qui se vit comme « petit » en face de « grands » et non d'une relation vraiment objectale et vraiment adulte en face de personnages vécus comme différents dans leur nature, égaux à soi-même en valeur absolue et devenant complémentaires du sujet dans leur fonction.

Bien qu'oscillant entre névroses et psychoses, les états limite ne sont pas un terme de passage entre ces deux ensembles structurels. Toutefois, leur grande instabilité peut leur permettre soit une heureuse évolution (en particulier sous thérapie pertinente) en direction d'une économie vraiment œdipienne, soit au contraire un glissement vers des désordres psychotiques (psychose maniaco-dépressive ou mélancolie, mais jamais schizophrénie ou paranoïa) en cas d'aggravation de la tendance dépressive narcissique et en particulier devant l'imprudence consistant à vouloir les traiter comme s'il s'agissait de névrotiques.

LA SITUATION AU DÉBUT DE CE SIÈCLE

La spécificité et l'autonomie des états limite n'ont guère été contestées par les praticiens d'optique profondément psychanalytique mais qui considéraient, comme l'avait dit Freud, que la psychanalyse était vraiment une science. C'est-à-dire qu'il lui fallait évaluer sans cesse ses hypothèses pour régulièrement en émettre de nouvelles en fonction des progrès des connaissances. Cependant, comme dans toute institution humaine, on rencontre chez certains analystes une résistance aux changements et un attachement au mot à mot des écrits fondateurs auxquels il ne faudrait rien modifier, rien ajouter, rien apporter, même comme simple complément.

Or, se comporter ainsi dans la pratique, comme si cela venait déranger la quiétude répétitive du maintien absolu à des données contextuelles du passé, risque de nuire très gravement à la cure d'un état limite. Que celui-ci soit abordé sous le couvert d'une psychothérapie destinée aux psychoses, ou bien qu'une tentative de cure-type soit d'emblée centrée sur un conflit œdipien, comme on le ferait pour une névrose. La place prise tant par la clinique des états limite que par les conceptions théoriques nouvelles les concernant peut assurément se voir développée, tout en restant fidèle aux principes freudiens fondamentaux.

Il est certain que la prise en compte de la spécificité structurelle des états limite a posé quelques délicats problèmes aux psychanalystes de la fin du

siècle dernier. Il semblait difficile en effet de situer les états limite dans le cadre trop limité des conceptions psychogénétiques ou métapsychologiques les plus classiques. D'où un certain flottement dans le choix de la meilleure façon d'envisager un abord thérapeutique des nouvelles formes de pathologies rendues évidentes dans leur aspect clinique.

Les conceptions théoriques ou thérapeutiques dites « classiques » ne sont que partiellement valables pour comprendre ou traiter un état limite ou un *borderline*. La prépondérance accordée par Freud aux conflits d'ordre sexuel et œdipien quand il s'agit de structures névrotiques a besoin de se voir non pas contestée mais complétée quand il ne s'agit plus de névroses.

Bien entendu, tout être humain arrive au monde porteur d'une inscription génétique, à la fois physique et psychique qui comporte les prémices de données d'ordre sexuel et œdipien. Mais pas seulement. D'autres inscriptions coexistent génétiquement en particulier au registre des différents niveaux du narcissisme. Ces inscriptions génétiques vont progressivement évoluer sous les effets bénéfiques ou néfastes de la relation imposée par les successifs environnements rencontrés tout autant que des résistances ou des complicités développées par le sujet tout au long de cette interaction. Or, comme nous l'avons montré au cours d'un colloque psychanalytique international tenu à Lyon en 2006, la vie relationnelle humaine ne débute pas à la rupture du cordon ombilical. Il semble curieux que les psychanalystes se soient si peu intéressés aux frustrations comme aux traumatismes vécus par le fœtus. Certains estiment qu'il est bien vain de vouloir traiter un psychotique sans tenir compte des aléas dramatiques de sa vie fœtale. Cela n'est peut-être pas indispensable pour traiter un état limite mais sûrement nécessaire dans le cas d'un *borderline*. Il convient souvent d'aller chercher plus en amont encore que la période du « bébé ».

Ce prolongement essentiel de la conception freudienne de la psychogenèse implique la reconnaissance du rôle déterminant et structurant joué par le narcissisme aux temps du « prégénital » comme nous disions autrefois, en mettant l'accent sur le vocable « génital » conservant alors l'exclusivité de tout pouvoir organisateur du psychisme comme du relationnel. Mais ce rôle capital devant se voir reconnu au narcissisme dans la psychogenèse doit aller de pair avec une radicale évolution de nos idées trop restrictives en matière de métapsychologie : on ne peut passer du « ça » au « moi » (objectal et sexuel) en oubliant le terme de passage obligatoire constitué par le « soi » (narcissique). Ce qu'on dénomme « idéal du moi » correspond soit à un véritable idéal d'un moi vraiment génitalisé, soit à un simple idéal du soi, demeurant au registre encore narcissique. La fonction transitionnelle du soi (*self*) est impérativement à prendre en considération quand on veut comprendre et traiter un état limite.

La même nécessité de poursuivre et d'approfondir nos conceptions dans le sens même de la pensée psychanalytique la plus authentique se retrouve au registre des lignées pulsionnelles. Sans cet effort pour mettre d'accord clinique et théorie, bien des confusions peuvent se produire. De plus en plus d'analystes contemporains conçoivent, sous des appellations diverses, qu'il existe deux courants pulsionnels essentiels. L'un étant de nature narcissique et l'autre de nature objectale et sexuelle. Le courant narcissique consiste en une lutte essentielle et primitive pour le maintien de la vie physique et affective du sujet (instinct de conservation, lutte pour la vie). L'autre courant, porté par les exigences œdipiennes qui vont progressivement prévaloir, confère une véritable objectalité à la relation à l'autre. Le premier courant est de nature défensivement violente (le respect de ma personne sinon je ne suis plus rien). Le second courant est support de tendresse sexualisée. Logiquement, le courant narcissique primitif doit s'intégrer dans le courant génitalisé en apportant de son dynamisme au courant amoureux. Mais on sait qu'il existe aussi maintes occasions d'opposition et de conflit entre les deux courants. Toute vie humaine en est émaillée et les états limite représentent, quant à eux, une situation spécifique : la faiblesse de leur narcissisme les rend le plus souvent incapables de contacts vraiment efficaces dans leur relation avec le courant amoureux. Ils dérivent soit vers la dépression et l'angoisse existentielle, soit vers la revendication agressive. Et l'agressivité ne constitue pas un instinct en soi. Il s'agit simplement d'une certaine perversification de la violence défensive de la personne en un besoin d'attaquer l'autre, vécu comme menaçant. Toute l'économie « limite » repose sur cet arrêt du développement narcissique et cette incapacité d'investir une problématique œdipienne. Placer d'emblée les problèmes à un niveau œdipien ne risque pas d'améliorer un état limite, au contraire parfois.

TRAITER QUOI ?

L'importance accordée ici à la compréhension de la nature propre des états limite m'a semblé constituer un préalable indispensable aux choix thérapeutiques auxquels nous aurons à procéder. Reconnaître un véritable état limite et procéder à la mise en route d'une cure bien adaptée sont rendus d'autant plus nécessaires que, contrairement à ce que l'on a longtemps supposé, le psychanalyste est le plus souvent consulté par des patients « limite ». Beaucoup plus souvent que par d'authentiques névrotiques. Quelles que soient les symptomatologies avancées, principalement la dépression ou les angoisses les plus

variées, il s'agit en général de crises d'adolescence non résolues, ce qui bloque sur un manque narcissique essentiel la logique évolution œdipienne que l'on aurait été en droit de voir s'élaborer.

L'état limite demeure en état de réclamation des gratifications narcissiques, indispensables à sa maturité affective, et qu'il vit comme en ayant été frustré. Ce qui fait apparaître aussitôt l'erreur parfois commise en administrant à un patient un traitement médicamenteux, ou simplement de prolonger trop longtemps un tel recours. L'expérience clinique nous montre qu'une dépendance aux produits ne tarde pas à survenir, faute de ne pas avoir cherché à se préoccuper avant tout des carences de la relation narcissique d'abord, puis objectale et œdipienne dans l'échange avec l'autre, et cette dernière prise en compte ne peut intervenir que dans un second temps seulement. On ne peut construire du solide sur du sable mouvant. Or, l'état limite ne bénéficie pas d'une structure stable de sa personnalité, comme le sont le névrotique ou le psychotique. Il appartient au psychanalyste d'éviter de le reconforter de manière trop directe et trop artificielle en prolongeant ainsi les vécus de dépendance dont il souffre. Il s'agit, au contraire, de lui faire prendre conscience de ses qualités propres et de la vanité de ses reproches concernant des frustrations, le plus souvent très précoces, dont il s'est senti victime de la part de son environnement.

Pour ce faire, un psychanalyste possède toute une palette de possibilités dans les façons d'engager une cure. Les propositions qui vont être formulées par les auteurs des articles qui vont suivre seront certainement nombreuses et variées. Plutôt que de considérer qu'il y en aurait de « bonnes » et de « moins bonnes », je pense que nous sommes en présence d'états limite de formes cliniques forcément variées de même que les psychanalystes ont le droit, d'une part, de posséder des différences de caractère et de sensibilité et, d'autre part, de se référer à des formations personnelles ou des diversités de lieux et d'équipes de travail. La façon, en particulier, dont ils conçoivent (et vivent) l'interaction transfert/contre-transfert va revêtir une grande importance.

Certains préféreront commencer (voire poursuivre) la cure sous une forme psychothérapique, en face à face ou non. D'autres préféreront engager tout de suite une cure-type. Il conviendrait, bien sûr, de savoir ce qu'on entend par « psychothérapie » quand celle-ci se voit proposée par un analyste demeurant attaché aux principes fondamentaux de la pensée freudienne. Nous sommes ici placés bien loin des exercices acrobatiques proposés ici ou là. Le choix de la technique engageant et le savoir du thérapeute et les capacités du patient à certains niveaux bien réels n'est pas chose facile.

Cependant, quand on peut s'appuyer sur une longue expérience des thérapies d'états limite puis sur une réflexion de synthèse sur de telles pratiques, il semble tout à fait fondé de conclure que la prise en charge des états limite est

vraiment du ressort des psychanalystes. Quand ils ont accepté de comprendre l'importance première de la phase narcissique de leur évolution affective et relationnelle. En permettant à l'énergie narcissique de s'intégrer dans le courant objectalisé et sexualisé et en le renforçant. Au lieu de générer toutes les oppositions et tous les conflits dont on vient si souvent se plaindre à nous.

Jean Bergeret
11, rue des Aqueducs
69005 Lyon

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham K. (1912), *Notes on the Psycho-Analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions*, New York, Basic books, 1953.
- Bayle G. (1990), Les clivages, *RFP*, n° spécial, 1996, t. LX, p. 1315-1547.
- Bergeret J. (1972), Les états limites et leurs aménagements, *Abrégé de psychologie pathologique*, Paris, Masson.
- Eisenstein V. W. (1956), *Techniques spécialisées de psychothérapie*, Paris, PUF.
- Fliess R. (1950), *The Psychoanalytic Reader*, Londres, Hogarth Press.
- Freud S. (1895), Angs Neurose, *Gesammelte Werke*, t. I, p. 50-66.
- (1895), Kritik der Angsneurose, *G.W.*, t. I.
- (1914), Einfühlung des Narcissismus, *G.W.*, t. X.
- Greenson R. (1959), Phobia, Anxiety and Depression, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. VII, n° 4, p. 663-674.
- Grunberger B. (1958), Étude topique du narcissisme, *RFP*, t. XXII, p. 269-276.
- (1965), Étude de la dépression, *RFP*, vol. XXIX, n°s 2-3, p. 163-190.
- Jacobson E. (1964), *The Self and the Object World*, New York, International Universities Press.
- Kernberg O. (1967), Borderline Personality Organization, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. XV, n° 3, p. 641-685.
- Knight R. P. (1954), Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient, *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, vol. I, New York, International Universities Press, p. 110-122.
- Lebovici S. (1960), La relation objectale, *Psychiatrie de l'enfant*, vol. III, n° 1, p. 147-226.
- Racamier P.-C. (1954), Étude des frustrations précoces, *RFP*, t. XVII, n° 3, p. 328-350.
- Schmideberg M. (1959), The Borderline Patient, in Arieti S. (ed), *American Handbook of Psychiatry*, vol. I, New York, Basic Books, p. 398-416.
- Schmitz B. (1967), Les états-limites, *RFP*, t. XXXI, n° 2, p. 245-266.
- Stern A. (1945), Psychoanalytic Therapy in the Borderline Neuroses, *Psychoanalytic Quarterly*, vol. XIV, n° 2, p. 90-198.