

Objet clinique non identifié

Jean-Jacques TYSZLER

(17) A la place d'une véritable introduction, je vous propose quelques anecdotes qui permettront de situer ma position plutôt d'antipathie à l'égard du thème des états-limites.

Lors de mes études de psychiatrie, dans les années quatre-vingt, les états-limites suscitaient l'enthousiasme de nos enseignants au titre où ils y trouvaient un formidable encouragement pour le travail de démolition de toute la nosographie classique, démolition que nous voyons se poursuivre aujourd'hui.

La présentation d'Henri Rousselle à St-Anne, à laquelle j'assistais dès cette époque, a pris l'heureux contre-pied de ce mépris de toute casuistique, de toute clinique un peu fouillée, et au fond de tout échange sérieux avec les patients.

Le terme « état-limite » n'a jamais été utilisé, je crois, durant ces (18) présentations du mercredi et, il est vraisemblable, que Lacan, lors de sa présentation – alors chez Daumezon – n'ait pas eu recours non plus à cette terminologie venue d'un courant analytique qu'il combattait. Troisième petit éclairage : dans notre position de psychiatre en milieu hospitalier, nous recevons en grand nombre, des lettres et comptes rendus concernant des patients dont la symptomatologie, souvent psychotique d'ailleurs, est mal éclaircie ; les mots cas limites, état-limite, borderline, viennent désormais avec une fréquence alarmante dans ces échanges, témoignant assez du désarroi actuel dans la formation des praticiens.

J'ai néanmoins examiné avec intérêt les propositions de certains théoriciens des états-limites et c'est à une lecture critique que je souhaite vous convier au travers essentiellement des écrits de Otto Kernberg, Margaret Little et André Green en suivant le fil rouge suivant : comment pour commencer, peut-on cliniquement fonder ce que certains nomment états-limites ?

C'est par conséquent un travail véritablement préliminaire : quel objet clinique souhaitons nous identifier ? J'ai laissé volontairement de côté les embarras anciens des psychiatres avec des états proches de la psychose sans pouvoir être, par eux, assimilés à cette dernière. Nous retrouvons les termes de schizophrénie latente (Bleuler), schizoïdie (Kretschmer), schizophrénie apsychotique, schizophrénie pseudo-psychotique, pré-psychoses,

etc.

Les outils légués par Lacan nous permettent d'envisager la psychose sans nous appuyer sur tel ou tel mécanisme bruyant et certains ont pu renouveler une clinique de la psychose à partir d'éléments nouveaux ou méconnus aussi bien que dans le cadrage structural de la concaténation signifiante et de ses impasses.

La voie de dégagement du concept d'état-limite est plutôt celle du courant psychanalytique américain, portant sur des difficultés rencontrées au cours des cures elles-mêmes, avec des patients apparemment reçus comme névrosés mais se comportant dans le transfert plutôt comme des psychotiques.

La rencontre des deux visées – psychiatrique et psychanalytique – (19) trouve néanmoins son point de solidarité dans l'élaboration des fameux critères diagnostics connus sous le nom de DSM III ou DSM IV.

Je ne résiste pas au plaisir de vous alarmer en vous résumant les critères nécessaires pour affirmer le diagnostic de « personnalité limite » dans le DSM III.

Il faut au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Impulsivité et imprévisibilité dans au moins deux domaines dommageables pour soi-même ; par exemple : dépenses, sexualité, jeu, drogue, vol à l'étalage, excès de table...
2. Instabilité et excès dans le mode des relations interpersonnelles ; par exemple : changements marqués d'attitudes, idéalisation, dévalorisation ou manipulation d'autrui.
3. Accès de colère inappropriée ou manque de contrôle de la colère.
4. Perturbation de l'identité caractérisée par une incertitude dans divers domaines relatifs à l'identité comme l'image du soi, l'identité sexuelle, les objectifs à long terme ou le choix d'une carrière, les types de relations amicales, les valeurs de loyauté.
5. Instabilité affective : changements marqués d'humeur.
6. Difficultés à supporter la solitude, déprimé en cas de solitude.
7. Conduite dommageable pour la santé : tentatives de suicide, automutilation, accident à répétition.
8. Sentiment permanent de vide ou d'ennui.

Otto Kernberg

Je me suis appuyé sur deux ouvrages traduits : *Les troubles limites de la personnalité* et *Les personnalités narcissiques*. Ce travail représente pour Kernberg trente années d'efforts pour développer un concept à la lumière, précise-t-il, de *la psychologie du moi* et des théories psychanalytiques contemporaines des relations d'objet.

Pour Kernberg ces patients occupent un espace limite entre les (20) névroses et les psychoses, il s'agit d'une organisation stable et spécifique, pas d'un état transitoire et fluctuant. Dans le travail avec ces patients apparaît, nous dit-il, une *psychose de transfert*, plutôt qu'une névrose de transfert.

La démonstration s'appuie essentiellement sur trois pieds : une analyse symptomatique, une analyse dite structurelle, et le point de vue du transfert.

1. L'*analyse symptomatique* est faite d'un balayage très large et nous retrouvons sans un grand travail de discrimination :

- Une angoisse diffuse et flottante
- Plusieurs symptômes névrotiques : phobies multiples, en particulier celles qu'entraînent de graves inhibitions sociales et des tendances paranoïdes ou hypocondriaques ; des symptômes de conversion élaborés ou bizarres, parfois proches d'hallucinations sensorielles, des états crépusculaires, des fugues hystériques, des amnésies.
- Des tendances sexuelles perverses polymorphes.
- Les structures prépsychotiques classiques : personnalités paranoïdes, personnalité schizoïde, personnalité hypomane, et organisation cyclothymique.

Nous sommes déjà dans une grande difficulté pour reconnaître nos catégories.

S'ajoutent encore :

- Les personnalités impulsives, les toxicomanies, l'alcoolisme, certaines formes d'obésité psychogène, la cleptomanie... les structures dépressives avec tendance masochiste et aussi, seul point d'élaboration un peu soutenu, la personnalité *narcissique*.

Kernberg cherche ici à cerner un certain type de patients dont la vie affective, dit-il est extrêmement superficielle : « Ils ont peu de contact avec les sentiments d'autrui ; la vie leur apporte peu de plaisir en dehors des louanges qu'ils reçoivent ou de leurs fantasmes de grandeurs. » Il ajoute : « L'exploration analytique démontre que leur (21) conduite hautaine, grandiose, faite de manipulations, constitue une défense contre les aspects paranoïdes liés à la projection d'une rage orale qui est au cœur de leur psychopathologie... »

Incidence peut-être ici de la vénération d'un certain type de réussite sociale, les fameux « golden boy » dont le style de vie est bien décrit dans certains romans ou certains films.

Reste que l'analyse sémiologique est peu argumentée et « brasse » tellement large que je ne crois pas que l'on puisse y trouver suffisamment pour marquer les contours de notre objet clinique.

2. Kernberg propose alors une *analyse structurelle*. Mais il utilise ce terme dans le sens de Rapaport et de ses conceptions sur le *Moi* considéré comme une association de structures et de processus mentaux ; cela se traduit essentiellement par l'importance données aux structures cognitives et aux structures *défensives* de la personnalité.

L'essentiel se polarise ainsi sur la question du moi et sur la vieille lune de la « faiblesse du moi », repérée dans le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel, le manque de développement des voies de sublimation et le retour aux « processus primaires de pensées » comme le

démontrent les tests projectifs.

Il y a également à cet endroit tout un développement sur les relations entre le « soi » et les « objets », développement trouvant son ancrage dans une théorie de *l'identification rabattue sur le versant des images précoces*.

Le mécanisme défensif principal cité par Kernberg est le clivage avec la division des objets externe en certains « totalement bons » et d'autres « totalement mauvais ». Le *clivage* trouve à s'associer à d'autres mécanismes telle l'idéalisation primitive (création d'images d'objets irréelles totalement bonnes et puissantes), l'identification projective (empathie à l'égard de l'objet menaçant) le déni, etc.

3. Du point de vue du transfert ou plutôt du contre transfert.

(22) « Face à un patient, plus la réaction affective du thérapeute est intense et précoce, plus elle menace sa neutralité, plus elle présente un aspect chaotique, plus nous pouvons penser que le thérapeute est en présence d'une régression profonde chez ce patient. »

Le coeur de la théorie du transfert développé, avec courage, par Otto Kernberg, est que dans la rencontre avec le patient, le moi de l'analyste est remanié : certaines parties restent intactes mais d'autres sont entraînées dans une régression emphatique jusqu'aux identifications projectives.

L'analyste assiste, durant la séance, à une perte des frontières de son propre moi ; en principe il se rétablit en quelques heures mais parfois s'installe une sorte de réaction paranoïde indiquant que le patient a réussi à toucher la partie la plus stable et mature du moi.

Vient ici un terme inattendu, la sollicitude, pour neutraliser et dominer les effets décrits : « La sollicitude entraîne un désir authentique, un besoin d'aider le patient malgré sa méchanceté transitoire. »

Kernberg dans le travail avec ces cas limites propose la distinction entre psychanalyse standard et thérapie interprétante, thérapie où tout serait interprété dans l'absence d'équivocité. Je vous donne un exemple très parlant de ce dispositif, dans une partie intitulée « Principes généraux du traitement » :

« Une jeune femme divorcée, fut hospitalisée à la suite d'une régression psychotique qui survenait après de nombreuses années d'une conduite sexuelle tumultueuse ; à l'hôpital, on l'avait séparée des hommes. A plusieurs occasions, il lui suffit de quelques minutes d'inattention pour avoir des rapports sexuels avec d'autres patients, quasiment des étrangers, et ce, d'une manière impulsive. Cette patiente fut régulièrement suivie pendant plusieurs mois et lors des séances avec le médecin de l'hôpital, les conséquences de sa conduite étaient évoquées en termes de "manque de contrôle pulsionnel" et de "conduite inappropriée". Lorsqu'un nouveau médecin essaya par la (23) suite d'évaluer les conséquences de sa conduite sexuelle, il envisagea que cette activité sexuelle avait de

profondes motivations masochistes et représentait l'acting-out de son fantasme d'être une prostituée.

« Ce médecin affirma que la liberté sexuelle n'impliquait pas la prostitution et lorsqu'il abordait ces problèmes avec la patiente, celle-ci se mettait vivement en colère, affirmait qu'il était "immoral" ; elle se mit en colère et fut très angoissée lorsqu'il supprima ces interdits. Elle eut alors des rapports sexuels provocants avec d'autres patients et le médecin utilisa cela pour la confronter à ses fantasmes masochistes, à sa façon de devenir une prostituée, ainsi qu'à l'origine de sa soumission à un Surmoi primitif et sadique qui représentait une image père-mère combinée prohibitive. Elle fut finalement capable d'établir une bonne relation avec un patient qu'elle aimait, se stabilisa pendant deux ans et envisagea même de se marier avec lui. Vers le fin de ces deux années elle eut des relations sexuelles qui se caractérisaient par le fait qu'elle fut capable pour la première fois de sa vie d'avoir aussi bien des sentiments tendres que des désirs sexuels à l'égard d'un même homme et par le fait qu'elle prit des précautions pour ne pas être enceinte ce qui contrastait tout à fait avec sa conduite précédente. »

A noter que pour ce qui est du terme « psychose de transfert », Kernberg signale dans le transfert lui-même « une perte de l'épreuve de réalité » et un développement d'idées délirantes qui incluent le thérapeute ainsi que des expériences hallucinatoires ou pseudo hallucinatoires durant les séances.

La différence entre le sujet psychotique serait que la perte de l'épreuve de réalité n'atteint pas le fonctionnement du patient hors de la situation thérapeutique.

La position de Kernberg est très proche de celle d'un autre analyse américain connu : Harold Searles, autorité en matière de suivi des schizophrènes.

J'avais dans un autre travail indiqué combien ces analystes assumaient et revendiquaient une dimension de l'identification sur un monde univoque et (24)transparent jusqu'à pouvoir dire que les voix hallucinatoires n'étaient au fond rien d'autre que ce que le patient souhaitait entendre de la bouche du thérapeute.

L'appel à la conscience du patient pour mettre en correspondance des phénomènes cliniques et les projections du moi du patient à l'égard du thérapeute, me paraît très caractéristique d'un positionnement de recouvrement imaginaire à l'égard de la structure, et d'une psychologisation à outrance des éléments qui viennent à se décomposer dans le transfert.

Kernberg ne pousse pas aussi loin le paradoxe que Searles le fait lorsqu'il conclut que c'est la réalité de la personnalité de l'analyste qui détermine l'univers entier du patient, et cet univers en *apparence* si délirant. Mais Kernberg conclut néanmoins son ouvrage – sur les troubles limites de la personnalité – sur *la personnalité du psychothérapeute comme variable fondamentale du pronostic*.

Insistance donc, non sur la fonction, non sur l'asymétrie dans le transfert, mais

sur le rapport duel, du moi au moi.

* * *

Je fais une parenthèse sur la seconde topique : vous savez combien les post-freudiens comme Hartman, se sont appuyés sur une lecture orientée de l'oeuvre freudienne en privilégiant à l'excès certains points de la seconde topique du « moi et du ça » en particulier.

Tout le *statut du moi*, dans l'oeuvre freudienne est complètement obscurcie par une théorie qui fait *du moi une instance adaptative à la réalité*, Lacan, nous le savons, prend appui tout au contraire sur l'introduction au narcissisme et pas de plus, accentue la fonction du moi comme paranoïaque, foncièrement aliénée, au travers du *stade du miroir* et de toutes les avancées sur la relation spéculaire.

Les post-freudiens ne proposent rien moins qu'une théorie du moi débarrassée d'une théorie du narcissisme.

Le « schéma L » bien connu nous permet de réduire bien des commentaires des post-freudiens à la dimension imaginaire du transfert et c'est là (25) un des problèmes avec le terme de limite. Car tout est interprété sur ce que nous nommons dans notre jargon l'axe a-a'.

Margaret Little

Certains auteurs nous disent que le point le plus sérieux dans l'élaboration du concept d'état-limite n'est pas le repérage clinique, singulièrement protéiforme, mais ce qui s'articule du point de vue du transfert.

Je commenterai cette opinion au travers des remarques de Margaret Little, dans un article de 1966 intitulé « Le transfert dans les états borderline » (« Transference in borderline states »).

Margaret Little est dans la filiation de Winnicott avec lequel elle a mené son analyse.

Elle donne, dans cet article, des exemples cliniques, dans une langue très simple, qui permettent de situer immédiatement l'enjeu de ce qui est là à la limite : c'est le cadre analytique lui-même qui est interrogé, la dite neutralité, et les interventions de Margaret Little sont des interventions qui pourraient être appelées réelles. Je vous donne l'exemple de John, médecin :

« John est médecin. Il s'est à maintes reprises blessé de la même façon, attribuant chaque fois sa blessure à un meuble qui avait besoin d'une petite réparation. Il savait qu'il avait provoqué cela lui-même et nous avions pensé tous deux qu'il en comprenait la motivation inconsciente. Enfin, il l'accepta émotionnellement ; désespéré, il se détourna et cacha son visage dans la couverture. Après quelques instants, il croisa une main sur l'épaule opposée, et resta ainsi avec seulement les doigts qui dépassaient. Je mis ma main sur la sienne. Il respira profondément et éclata en sanglots violents, puis un grand soulagement s'en suivit.

« Je lui montrai qu'inconsciemment il avait tendu la main vers moi, tout en étant

incapable de percevoir, jusqu'à ce que l'ai touché, ni que j'étais là, ni qu'il avait besoin de moi. Quelques minutes plus tard il me parla de l'accouchement d'une de ses patientes. Il était maintenant un (26)adulte, ayant bien intégré son self de nouveau-né, et c'aurait été un affront de le traiter différemment. Je fis quelques commentaires à ce niveau, puis attendis un peu. Ensuite je dis qu'inconsciemment il me montrait qu'il pouvait soigner les patients aussi bien que moi, et était en compétition avec moi au niveau Oedipien, comme spécialiste, c'est-à-dire comme père avec un plus grand pénis ; mais aussi comme un garçon avec la mère qui pouvait concevoir et porter des enfants.

« Ce matériel n'aurait pas été obtenu sans l'incident physique de ce mouvement de la main que j'ai à la fois accepté verbalement et non verbalement. C'est la blessure du corps qui m'avait indiqué la nécessité d'une réponse corporelle, bien que je n'aie réalisé ceci que plus tard. Il a, depuis cela, encore failli se faire mal ; mais il l'a évité parce que le souvenir de ma main lui est revenu, soit remémoré, soit comme une sensation dans son propre corps. Ce matériel montre le changement rapide d'un niveau à l'autre, et du non verbal et corporel au verbal et psychique.

« Un des besoins essentiels des patients border-line est de trouver et de faire dans une certaine mesure l'expérience de *sollicitude* maternelle du début de la vie, du "bouclier" protecteur. »

Margaret Little utilise à sa manière les termes de Réel et d'Imaginaire. Elle décrit les principes qu'elle utilise dans l'analyse des transferts délirants « (...) où le réel doit être retrouvé avant qu'il puisse être élaboré dans l'imaginaire (...) »

Le centre de la démonstration fait bien entendre la filiation avec Winnicott et le terme de *Holding* :

« Les patients border-line, à cause de déficience du moi, qui résultent d'un maternage insuffisamment bon dans la petite enfance, ne peuvent utiliser les interprétations verbales dans les zones où les angoisses psychotiques et les idées délirantes prédominent ; il faut fournir un nouveau lot d'expériences de maternage suffisamment bon avant que le moi ne puisse devenir accessible à l'interprétation verbale, ce qui tout de même est une nécessité pour intégrer l'ensemble de la (27)personnalité.

« Ces analystes (dont je fais partie) acceptent d'utiliser les compléments non verbaux qu'ils estiment utiles, en laissant au patient une liberté plus grande pour construire l'analyse conformément à ses besoins personnels. »

La notion d'états-limites vient ici déconstruire le terme de *direction de la cure*. A ce titre cette notion est symptomatique du type de navigation auquel sont soumis ces thérapeutes, avec inévitablement le risque de la réversion des places : dans une interview, Margaret Little pourra dire qu'après tout, elle-même pourrait être considérée comme un cas limite.

André Green

Vous trouverez une série d'articles et d'études consacrée aux états-limites dans un livre de synthèse intitulé *La folie privée*, avec pour sous-titre : « Psychanalyse des cas limites ».

André Green présente l'intérêt d'être un auteur de l'Institut très anti-lacanian mais il offre surtout la possibilité de partir de l'Homme aux loups, le célèbre cas freudien, comme modèle ou paradigme du cas limite ; il s'interroge également, ce qui n'est pas si habituel, sur la notion même de *limite*.

A. Green débute sa réflexion par une notion historique qui a toute son importance :

« L'entrée dans le champ clinique des structures auxquelles Ferenczi s'est intéressé et qui constituent une fraction de plus en plus importante du champ clinique psychanalytique, a obligé à un décentrement des références cliniques et théoriques ; on les range dans la catégorie mal définie des cas limites... »

Green évoque le débat et l'opposition ensuite Freud-Ferenczi, « le clinicien le plus remarquable et le plus apprécié, celui aussi dont la vocation thérapeutique était la plus affirmée », dit-il ; ce débat porte sur la compulsion de répétition, cause (28) de l'enlèvement de bien des cures.

Ferenczi se lance dans des variations techniques personnelles faisant au fond le procès du cadre trop rigide de Freud.

Ces changements techniques amènent des réévaluations théoriques concernant l'importance accordée à la notion de *trauma*, traumatismes de l'enfance d'abord.

Quelques soixante ans plus tard, A. Green pense que l'on peut réévaluer ce débat ainsi :

- Les phénomènes de répétition observables dans les analyses de patients marqués par des traumatismes graves de l'enfance sont structurés par des conflits bien différents des conflits observés chez les névrosés ordinaires.
- Faut-il alors dans la technique analytique accorder la prééminence au vécu ou rester fidèles aux règles de l'interprétation ?

C'est tout l'enjeu de l'irruption de ces catégories dites limites.

Green cite alors, à un bout de l'échiquier Searles et Kernberg et parle alors de renoncement à la méthode classique ; à l'autre bout il met Lacan pour qui « tout est hystérie et ignore superbement la souffrance du patient faisant même fond sur l'exploitation du masochisme dans le transfert » (sic).

Green promeut ainsi, après Ferenczi une voie moyenne, une troisième voie, à la fois renouvellement théorique de la métapsychologie issue des névroses et réflexion sur le cadre.

L'Homme aux loups

« Avec le cas le plus énigmatique de la psychanalyse, (...) Freud procède à une description, sans qu'il en ait conscience, des mécanismes fondamentaux qu'on ne retrouve que chez ceux qu'on appelle aujourd'hui ces cas limites. »

Green situe l'homme aux loups entre folie et psychose autour du mécanisme essentiel du *clivage* : ce qui frappe en effet Freud c'est la « faculté (29) du patient de conserver *simultanément* les investissements libidinaux les plus variés et les plus contradictoires, tous capables de fonctionner côte à côte (...) Cependant, ajoute Freud, *ce trait ne se montrait que dans ce qui était issu d'émois affectifs* ; au domaine de la logique pure, notre malade manifestait au contraire une habileté particulière à dépister les contradictions comme les incompatibilités ».

Green propose ce double étage :

- La *folie* de l'Homme aux loups, nouée à son conflit bisexuel, est liée à sa fixation à la scène primitive et sa rage d'être exclu de la jouissance des parents ; ce qui sous-tend cette folie, c'est l'indécidabilité entre désir de jouir passionnément comme la mère (par l'anus) ou comme le père (par le pénis).
- La *psychose* se situe dans la forclusion, « dans son désir de n'en rien savoir », repérable dans le double fonctionnement : contradiction oscillante des émois et logique impeccable des pensées.

La folie, dans la mesure où fonctionne un refoulement, qui reconnaît l'angoisse de castration est en quelque sorte un garde-fou elle-même : l'existence de ce double étage empêche la pensée de basculer toute entière dans le délire.

C'est donc le terme de *clivage* qui apparaît comme le pilier de la clinique des états-limites. Il fait partie pour Green des quatre grands mécanismes de défense à l'oeuvre dans ces cas :

- L'exclusion somatique, défense par la somatisation qui n'est par conversion (référence est faite aux travaux de Marty) ;
- L'expulsion par l'acte : l'acting out ;
- Le clivage ;
- Le désinvestissement comme dépression primaire.

Notons que nous avons là un certain effort pour dégager une catégorie clinique au moment où Green évoque la notion de "psychose blanche" : "hypocondrie négative du corps et plus particulièrement de la tête ; impression de tête vide, de trou dans l'activité mentale, impossibilité de se concentrer, de mémoriser, etc. Plus tard activité superficielle de la pensée, (30) ruminations, pensée compulsive, pseudo obsessionnelle, divagations subdélirantes..."

On ne peut s'empêcher de convoquer ici une référence qui manque : les processus, décrits par De Clérambault, négatifs du petit automatisme mental.

Mais la clinique des états-limites chez Green, comme chez les auteurs anglais ou américains, n'est pas lestée par une clinique de la psychose qui soit consistante.

Tout se résume le plus souvent aux expériences de fusion primaire et à l'indistinction sujet-objet.

Le concept de limite

A. Green précise que le terme anglais *borderline* signifie aussi bien la frontière séparant deux pays et plus généralement la limite, le bord.

Il emploie selon le contexte le mot *limite* ou le mot *frontière*.

Dans nos journées d'étude sur le séminaire "un discours qui ne serait pas du semblant" nous avons longuement insisté sur la distinction entre *frontière* et *limite* ; la nécessité de définir des espaces en tant qu'hétérogènes par exemple dans le repérage de ce que Lacan nomme *jouissance(s)*.

Pour Green l'importance est la distinction entre avoir une limite et être une limite. Qu'est-ce que la limite de quelqu'un ?, demande-t-il.

Green évoque l'enveloppe de la peau, le tissu cutané, les différentes formes de perméabilité... ébauche d'une formalisation en passant par des problèmes de surface mais qu'il ne pousse pas utilement à son terme.

Conclusion

(31) J'espère vous avoir fait sentir comment la notion d'états-limites nous fait avancer dans un champ de mines !

Ce concept trouve son origine dans une formalisation de la cure psychanalytique dans laquelle la théorie du moi comme moi-fort et la théorie du transfert en tant que d'abord contre transfert font basculer et contester, non par l'apport Lacanien, qui est parfaitement méconnu et ignoré, mais l'apport Freudien tout simplement.

La clinique des états-limites reste, elle entièrement à établir, y compris, si nous souhaitons partir de l'homme aux loups comme modèle de cette catégorie.

Que des praticiens fabriquent une sémiologie new-look du fait d'interprétations massives, comme nous l'avons décrit n'est pas non plus à sous-estimer.

Lacan a pu dire et souvent, que des cures menées selon un certain axe rencontraient des impasses absolument insolubles car définitivement cristallisées.

La prolifération des états-limites nous fait ainsi toucher du doigt les limites d'une certaine orientation pratique comme théorique, et son point actuel de rebroussement.