

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'APPORT DE L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE À LA
COMPRÉHENSION DES ADDICTIONS : OBJET PRIMAIRE ET
AVATARS DE LA FIXATION ARCHAÏQUE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL
(CONCENTRATION EN TOXICOMANIE)

PAR

JUAN CARLOS ANDRADE

Octobre 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLE DE MATIÈRES

AVANT-PROPOS	ii
RÉSUMÉ.....	iv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I: LA NOTION DE «TOXIQUE» DANS LES TEMPS PRÉLIMINAIRES DE LA DÉCOUVERTE FREUDIENNE.....	14
1.1 La notion de névrose actuelle.....	14
1.2 L'hystérique et la dépendance à l'hypnose.....	18
CHAPITRE II: OBJET PRIMAIRE ET DÉSIR.....	26
2.1 Un objet qui ne serait pas tout à fait perdu.....	26
2.1.1 Auto-érotisme et addiction chez Freud.....	26
2.1.2 L'objet de l'addiction comme substitut autoérotique: les précisions apportées par Eduardo Vera Ocampo.....	30
2.2 Les relectures de Piera Aulagnier: une involution de l'objet du désir inconscient vers l'objet du besoin.....	34
CHAPITRE III: LES CARENCES DE L'OBJET ARCHAÏQUE.....	39
3.1 Les défaillances de l'objet maternel primaire (Gérard Pirlot).....	39
3.2 Incorporation de l'objet plutôt qu'introjection (Nicolas Abraham et Maria Torok).....	44
3.3. Un objet agglutiné (José Bleger).....	52
3.4 La notion d'objet transitoire (Joyce McDougall).....	58
CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	71

AVANT-PROPOS

Les raisons qui ont motivé le choix du sujet de notre recherche sont d'ordre théorique et clinique. Nous avons constaté lors de nos stages cliniques dans divers centres de réadaptation pour patients toxicomanes gravement malades, la co-occurrence des pathologies dites de la dépendance extrême ainsi que leur complexité thérapeutique.

Les addictions constituent aujourd'hui un phénomène social de plus en plus marqué, nécessitant l'action de politiques sanitaires diverses à travers le monde entier. La chronicité et l'augmentation du phénomène de la dépendance extrême soulèvent des interrogations importantes. Les intervenants sont de plus en plus préoccupés par cette réalité clinique, et les études réalisées sur la question de l'efficacité des programmes, basées en général sur la rétention des patients en traitement et sur la rechute, en font foi.

Il nous semble que les difficultés des modèles thérapeutiques existants ne résultent pas de ce que les moyens utilisés pour contrer le phénomène de l'addiction soient insuffisants. En fait, l'individu malade bénéficie aujourd'hui d'un large éventail de dispositifs pour se soigner, par exemple, des programmes de désintoxication, des traitements médicaux à partir de produits de substitution, des programmes multidisciplinaires pour le traitement du jeu excessif, le traitement de l'anorexie, de la boulimie, etc.

La relative impasse des formes de prise en charge pour les patients souffrant de toxicomanie et de pratiques addictives diverses nous questionne. On peut se demander si à force de ne pouvoir intervenir de façon plus efficace, on compense les échecs par la mise en place de dispositifs d'intervention de plus en plus variés.

De telles considérations nous ont amené à revenir sur une analyse plus approfondie du concept et de la réalité physico-psychique de l'addiction. Nous savons que la compréhension théorique d'un phénomène n'est pas sans effets sur la pratique thérapeutique.

L'objectif de notre mémoire sera de revisiter l'apport de la théorie psychanalytique sur les problématiques psychiques spécifiques des patients concernés. Nous montrerons à quel point la réflexion clinique à partir des processus inconscients à l'œuvre, et plus précisément à partir des relations archaïques à l'objet maternel primaire, peuvent contribuer à une meilleure compréhension de la genèse de ces destins subjectifs si dramatiques.

Finalement, je tiens à exprimer mes très vifs remerciements à Isabelle Lasvergnas, directrice de la présente recherche, pour son support et ses réflexions stimulantes, ainsi qu'à mon amie Manon Brault, psychologue, et à mon père, Ernersto Andrade, pour leurs présences et encouragements.

RÉSUMÉ

Le présent mémoire s'attache aux phénomènes de la dépendance aux drogues et à la dépendance psychique extrême que l'addiction implique. Il consiste en une recension d'écrits psychanalytiques particulièrement représentatifs de la contribution de la psychanalyse à la compréhension des mécanismes inconscients à l'origine de ce trouble profond.

Nous abordons la question de l'addiction, inséparable de celle de toxicomanie, afin d'analyser différentes conduites de dépendance. Le phénomène de *l'addiction* consiste en multiples façons de se droguer, y compris sans avoir recours à un produit chimique qui créerait une dépendance physiologique. Ainsi, peut-on être dépendant des jeux d'argent par exemple.

On sait que le concept d'addiction a été appréhendé à partir de plusieurs points de vue, neurobiologique, psychologique, sociologique et psychanalytique. Nous nous sommes centré, pour notre part, sur l'approche psychanalytique des addictions. Cette approche propose un travail de conceptualisation complexe touchant aux fondements des mécanismes inconscients les plus archaïques, et témoigne d'une très large réflexion clinique.

Dans notre étude, nous rendons compte tout d'abord de plusieurs écrits freudiens particulièrement pertinents pour notre question de recherche. Nous trouvons dans ceux-ci certains jalons permettant d'induire que les conduites de dépendance ne peuvent être restreintes aux seules substances psychoactives. Dans un second temps, nous approfondissons la métapsychologie de la clinique des addictions avec les apports successifs de plusieurs auteurs contemporains. L'axe principal de notre étude concerne les modalités inconscientes de la relation à l'objet maternel primaire. Ce travail inclut également quelques brèves illustrations cliniques visant à mettre en lumière le rapport entre théorie et expérience clinique.

La compréhension psychanalytique nous apprend que pour qu'une conduite de dépendance débouche sur une addiction, il est indispensable qu'il existe chez le sujet une disposition préalable, dont on suppose qu'elle correspond à une conflictualité inconsciente. Le recours à un objet-drogue serait une tentative pour échapper à un affect de souffrance en général intense et plus ou moins permanent. On postule que la douleur psychique en cause serait reliée à des carences relationnelles très graves dans les relations primaires mère/nourrisson.

* Mots clés : psychanalyse, addiction, toxicomanie, dépendance.

INTRODUCTION

Le phénomène de l'addiction qui fera l'objet du présent travail, correspond à de multiples façons pour une personne de se droguer, y compris sans avoir recours à un produit chimique qui créerait une dépendance physiologique.

Madeleine Jacquet et Alain Rigaud¹ affirment que la notion d'addiction désigne une classification nosographique des phénomènes de dépendance, qui inclut non seulement l'aliénation subjective à des toxiques tels que l'alcool, les drogues, le tabac ou autres pharmacodépendances, mais aussi des pathologies comme l'anorexie et la boulimie, et certaines conduites nommées addictions comportementales, jeu pathologique, kleptomanie, achats compulsifs. Pour plusieurs auteurs, les tentatives de suicide répétées et les conduites à risque rejoindront ce champ psychopathologique déjà vaste qui va s'étendre enfin à certaines formes de sexualité ou encore au travail addictif.

Le domaine d'application de la notion d'addiction est donc large. Sa pertinence paraît résider dans la possibilité de fournir un modèle d'interprétation à des pathologies dissemblables. Il se trouve cependant, ainsi que Gérard Pirlot l'affirme dans *Les passions du corps* (1997), que la co-occurrence épidémiologique et certaines similitudes de comportement ne permettent pas de faire un lien psychopathologique clair entre des conduites fort diverses. Elles ne permettent pas non plus de discerner clairement les mécanismes inconscients à l'œuvre².

¹ Marie-Madeleine Jacquet et Alain Rigaud, «Émergence de la notion d'addiction dans l'histoire de la psychanalyse», dans *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Paris, PUF, 2001, p. 160.

² Gérard Pirlot, *Les passions du corps*, Paris, PUF, 1997, p. 10.

Il semble que le regroupement d'un ensemble de conduites hétérogènes sous un même terme générique, élargit le spectre de l'addiction en associant des troubles pathologiques très différents sur le plan clinique et induit des simplifications de lecture. Mark Valleur et Jean-Claude Matysiak pensent que la notion d'addiction apparaît aujourd'hui comme «*une nébuleuse de sens rattachée à plusieurs noyaux de modélisation.*»³ Ces derniers peuvent produire, si on n'y porte pas attention, une sorte d'amalgame conceptuel.

C'est en ce sens qu'il est important de faire un bref retour historique sur l'origine de la signification conférée au terme addiction.

À l'époque classique, le terme addiction désignait en langue anglaise la relation contractuelle de soumission qui lie un apprenti à son maître artisan, et qui liait l'artisan à l'objet de son travail : *to addict* signifiait *se consacrer à, se vouer à*, en parlant de la pratique d'un métier. Ce serait au cours du XIX^{ème} siècle que ce terme en serait venu à se rapprocher peu à peu du sens populaire actuel, et à désigner des *passions* moralement répréhensibles. De nos jours, le mot addiction est intégré dans la langue courante anglaise, et désigne les formes de recherche effrénée du plaisir avec les conduites de dépendance qui peuvent s'en suivre.

Eric Loonis note que c'est seulement à la fin du XVIII^{ème} siècle que l'on commence à parler d'addiction, principalement physique, en termes de pathologie⁴. Nous apprenons que l'addiction, comprise comme un *modèle de maladie*, remonte à 1785 avec l'article du médecin américain Benjamin Rush,

³ Mark Valleur et Jean-Claude Matysiak, *Les addictions*, Paris, Armand Colin, 2002, p. 164.

⁴ Eric Loonis. *Théorie générale de l'addiction*, Paris, Publibook, 2002, p. 164.

*An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*⁵, qui réfléchit dans une optique médicale aux effets des *esprits ardents* sur le corps humain et l'âme. Ce texte, réédité à plusieurs reprises, et qui eut un retentissement considérable, passe pour le premier travail strictement médical sur l'intempérance et l'ivrognerie. L'auteur parle de maladie, lorsqu'il évoque l'abus de consommation de spiritueux : «*This odious disease, for by that name it should be called*⁶».

Pour Rush, le potentiel pathogène est contenu dans la substance : les *ardent spirits* déclenchent les processus morbides. Le fait d'envisager l'alcool comme cause du mal entraînera la volonté politique de restriction de la consommation. Diverses campagnes prohibitionnistes en découleront, dont la plus fameuse, celle des États-Unis de 1919 à 1933. Ainsi, la lecture de Rush n'est-elle pas simplement le résultat d'un effort pour comprendre un phénomène, mais représente-t-elle une tentative de la médecine de chercher à réguler des attitudes individuelles et sociales qui jusqu'alors étaient jugées comme relevant de l'ordre de la morale, et de la religion. À ce propos, Valleur et Matysiak indiquent que durant tout le XIX^{ème} siècle, le courant hygiéniste montrera comment l'alliance du pouvoir, de la science, et de la morale, donne aux médecins le rôle que le sociologue américain Howard Becker désigne comme étant celui d'entrepreneurs de morale, soit, «*des personnes qui oeuvrent pour le bien de tous, en militant pour faire adopter comme norme, règle ou loi, leurs conceptions de ce qui est bon pour les autres*⁷», et ce faisant, qui voient dans l'intempérance une maladie, un délit, sinon un péché.

⁵ Benjamin Rush , «*An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*», Boston, Manning & Loring, 1973.

⁶ *Ibidem.*, p. 10

⁷ Valleur et Matysiak, *op. cit.*, p. 167.

La volonté d'autonomie progressive du regard de la clinique médicale n'empêchera pas la persistance de considérations morales. Et la psychiatrie de la première partie du XX^{ème} siècle restera également très marquée par la théorie générale de la dégénérescence, telle que proposée par le psychiatre Bénédict A. Morel en 1857. Selon lui, certains individus devaient être considérés comme plus faibles que d'autres, à la fois sur le plan physique, moral et mental. Cette faiblesse constitutionnelle qui était transmise par hérédité ou ethnicité, pouvait être aggravée par des causes infectieuses extérieures, par exemple la tuberculose, la syphilis ou l'alcoolisme. Selon Morel, ces *maladies sociales* étaient l'effet d'individus *dégénérés* dont la descendance représentait un danger pour l'espèce et la Nation : la dégénérescence désignait la dégradation progressive d'une personne initialement saine⁸.

A partir de 1934, le mouvement des *Alcooliques anonymes* deviendra le principal diffuseur d'une vision de l'alcoolisme comme étant une maladie. Aux États-Unis, ce mouvement d'entraide d'inspiration religieuse part du principe que l'alcoolisme est un mal progressif, incurable et mortel, sauf si la conversion du déviant, grâce au soutien du groupe, lui permet un retour vers l'abstinence totale et définitive. Pour les Alcooliques anonymes, l'alcoolisme est une maladie comparable à une allergie : elle se développe comme une intoxication, mais, contrairement au modèle de Rush, cette intoxication ne concerne que des individus prédisposés, soit en quelque sorte pré-sensibilisés. Lorsqu'en 1933 la consommation d'alcool fut à nouveau permise aux États-Unis, les Alcooliques anonymes entendront poursuivre les objectifs généraux qui étaient visés par la loi de la prohibition, en les appliquant seulement aux sujets touchés par la dépendance à l'alcool et à la boisson⁹.

⁸ *Ibidem.*, p. 168.

⁹ *Ibidem.*, p. 170.

En 1964, après avoir tenté de définir la *toxicomanie*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandera l'abandon de ce terme qu'elle considérera peu opératoire, pour le remplacer par la notion de *dépendance*¹⁰. Aujourd'hui, l'Association psychiatrique américaine (APA), dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-R)¹¹, désigne la dépendance comme un *trouble mental* induit par l'utilisation chronique d'une substance toxique, et par l'incapacité du sujet à s'abstenir d'avoir recours à cette drogue, bien qu'il ait des preuves des troubles physiques, comportementaux et mentaux que celle-ci peut provoquer¹².

La référence à l'addiction n'existe pas dans les classifications du DSM-IV et du CIM-10, c'est la notion de *dépendance* qui est retenue pour spécifier les *troubles liés à l'utilisation d'une substance* particulière. Le toxique est compris comme provenant d'une substance qui, par ses seules propriétés, aurait le pouvoir de produire une dépendance :

*Les changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, qui sont associés à l'intoxication, seraient dus aux effets physiologiques directs de la substance sur le système nerveux central et se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance*¹³.

Le syndrome de la dépendance pourrait être repéré à partir d'un ensemble de symptômes comportementaux et physiologiques laissant déceler un dysfonctionnement chez l'individu. Ces troubles montreraient des séquelles cognitives, physiologiques et neurologiques persistantes, qui constitueraient le

¹⁰ Eduardo Vera Ocampo, *L'envers de la toxicomanie*, Paris, PUF, 1989, p. 46.

¹¹ American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles Mentaux* (DSM IV-R), Washington DC, Masson, 2007.

¹² Notons incidemment que le contenu du DSM-IV est dans ce cas semblable à celui de la *Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes* (CIM-10).

¹³ *Ibidem.*, p. 6.

substrat biologique de la dépendance et des conséquences qui y sont associées : états psychologiques liés à la recherche de la drogue, symptômes de sevrage, et rechutes.

Ces définitions vont introduire, ainsi que Sylvie Le Poulichet¹⁴ le note, la pensée d'une interaction entre le physiologique et le psychologique. Le discours médical sur les *troubles liés à l'utilisation d'une substance* va se trouver pour ainsi dire «*psychologisé*» : la toxicomanie impliquera une dépendance physiologique doublée d'une dépendance psychologique. Cette perspective sera corrélative à l'émergence d'un nouveau savoir qui, pour tenter de rendre compte de l'interaction entre le physiologique et le psychologique, va joindre aux conceptions neurobiologiques les points de vue psychologico-cognitifs et behavioristes, en proposant une théorie de l'apprentissage qui considère la dépendance comme un phénomène en grande partie acquis et modifiable. A cela, les approches socioculturelles ajouteront le facteur aggravant d'un contexte socio-économique et socioculturel potentiellement toxique.

En parallèle et en contrepoint de ces lectures, l'approche psychanalytique va développer une théorie de l'addiction d'une toute autre nature. En 1932, Edward Glover¹⁵ sera le premier psychanalyste à introduire dans «*On the aetiology of drug-addiction*¹⁶», la notion moderne de *l'addiction*. La réflexion de cet auteur, avec ce qu'elle doit aux travaux de Sigmund Freud et Mélanie Klein, propose une théorisation originale des toxicomanies. Dans ce texte fondateur et riche à plus d'un titre, le terme addiction est proposé dans un sens limitatif : *drug-addiction*, entendu comme synonyme de toxicomanie, renvoie aux usages pathologiques de ce qu'on appelle aujourd'hui les substances psychoactives.

¹⁴ Sylvie Le Poulichet, *Toxicomanies et psychanalyse*, Paris, PUF, 1987, p. 17.

¹⁵ Fondateur avec James Strachey de la *British Psychoanalytical Society*.

¹⁶ Edward Glover, «On the aetiology of drug-addiction», In *On the early development of mind*, London, International Journal of Psychoanalysis, 1975, p. 205.

Il est intéressant de souligner le recours de cet auteur au terme addiction. A plusieurs titres, l'emploi de ce terme apparaît comme un précurseur renouvelant la notion d'addiction. Ainsi, par exemple lorsqu'il évoque l'addiction d'une patiente qui se manifeste par une consommation excessive de médicaments, et par des conduites alimentaires :

«It soon became apparent that, under cover of sedative medicinal treatment, she had established a strong drug addiction of the paraldehyde¹⁷ type. She had been treated by various doctors for several years previously... One naturally rescrutinized the history for evidence of earlier addiction tendencies, and found that evidence not only in the form of medicine-taking but in various social habits concerning eating.¹⁸»

Glover attire l'attention également sur certaines évolutions cliniques où des symptômes obsessionnels succèdent à une addiction :

«I have recently studied a case in which a very definite drug-addiction was suddenly and spontaneously abandoned in favour of an obsessional neurosis. The patient then reacted to the idea of cure of the neurosis precisely as a drug-addict reacts to the idea of abstinence. She must have the neurosis; she could not give it up, and so forth.¹⁹»

Dans ce cas, il est stipulé que le changement provient non seulement d'une transformation des mécanismes de défense, mais de l'action de *substances intra-psychiques* pouvant fonctionner comme une drogue (*like a drug*) : *«...the obsessional psychic construction with its accompanying affect provided a suitable drug substance»*. Ce point s'avère essentiel et nous y reviendrons.

¹⁷ Le paraldehyde est une substance chimique agissant comme dépresseur du système nerveux central, il agit comme somnifère et comme sédatif. Dans les années 60, il a été l'un des somnifères les plus efficaces pour endormir les patients en hôpital psychiatrique, et en gériatrie.

¹⁸ *Ibidem.*, p. 201

¹⁹ *Ibidem.*, p. 205.

Glover enfin s'intéressera aussi à des habitudes toxiques n'ayant pas de conséquences dramatiques pour l'individu et la société. Ces habitudes, considérées comme des *idiosyncrasies*, témoignent d'une sorte de manœuvre psychique réussie de l'addiction. Ce point a un intérêt thérapeutique : il existerait de bonnes et de mauvaises formes d'addiction. L'activité de lire en excès par exemple est considérée comme une *drogue bénigne* qui pourrait avoir une fonction de protection, permettant au sujet de faire face à certaines angoisses profondes. La nourriture pourrait jouer le même rôle de réassurance interne, mais aussi comporter de *mauvais* effets lorsqu'elle est consommée en grand excès. La consommation compulsive de sucre est également citée à titre d'exemple, parmi d'autres, de conduite pouvant fonctionner à l'analogie d'une drogue.

Il importe de signaler que Glover ne confond pas certaines formations obsessionnelles avec la *drug-addiction*, il se questionne sur leur parenté et postule la possibilité d'un rapport de substitution. Il semble donc que chez lui la formule *like a drug* ne doit pas être entendue comme une identité de fonctionnement mais plutôt comme une métaphore. Pour Sylvie Le Poulichet, Edward Glover, notamment avec sa notion de *substances intra-psychiques*, est le véritable précurseur d'un paradigme de l'addiction.

Après Glover, Otto Fenichel sera le second auteur psychanalytique à aborder le problème des toxicomanies sans drogues. En 1945, dans son ouvrage princeps, *La théorie psychanalytique des névroses*²⁰, il présentera une étude d'ensemble des pathologies mentales. Il est utile de s'arrêter à ce texte de base, riche en indications sur la notion d'addiction.

²⁰ Otto Fenichel, *La théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF, 1979, p. 34.

Débordant largement la référence psychanalytique classique de la névrose, Fenichel identifie dans le chapitre XVI de son ouvrage, un nouveau groupe d'affections qu'il nomme *perversions et névroses impulsives*. Au-delà de la classification des perversions, il forge la notion de *névroses impulsive en général*, telles que la fuite impulsive (les fugues), la kleptomanie, la pyromanie, le jeu excessif, les caractères dominés par leurs instincts, mais aussi la *toxicomanie*, à laquelle il ajoute les *toxicomanies sans drogues*, et les états de transition entre les impulsions morbides et les compulsions de l'agir.

Fenichel est ainsi le premier à proposer une distinction entre deux sous-groupes de névroses impulsives : les toxicomanies avec et sans drogue. Si l'on examine de plus près la catégorie générale des *névroses impulsives*, il s'avère qu'elles sont, selon cet auteur, déterminées par une *fixation érotique orale et cutanée*, pouvant être déterminée par des expériences fixatrices ou par des expériences précoces traumatiques. En outre, les *impulsions* montreraient comme ne le fait aucun autre phénomène névrotique, la connexion entre les élans de satisfaction d'une pulsion et les défenses contre cette pulsion. Les sujets impulsifs se trouveraient dans un dilemme, puisque les exigences pulsionnelles internes sont vécues par eux sur le registre de la tension et du danger. Les actes impulsifs pourraient ainsi avoir pour signification inconsciente une lutte entre la recherche d'une satisfaction, et un évitement de cette satisfaction.

Le premier type de névrose impulsive décrit par Fenichel concerne l'addiction à des substances toxiques. Dans ce cas, l'emploi du terme addiction fait allusion à l'urgence du besoin, et à l'insuffisance finale de toute tentative de le satisfaire. On s'aperçoit que le terme addiction prend, au-delà de la seule toxicomanie, un sens nouveau où l'avidité se montre si impérieuse qu'elle pousse à l'acte, ce qu'en l'occurrence désigne le terme *impulsion*.

Cet auteur insiste sur les soubassements inconscients de telles conduites pour lesquelles certains facteurs de la personnalité de départ seraient déterminants (personnalités dont il dira qu'elles sont pré-morbides). Il définit l'individu toxicomane comme une personne pour qui la drogue a une signification subtile. De plus, le choix de la drogue serait de l'ordre du prédéterminé, car les personnes qui deviendront toxicomanes sont celles pour qui l'effet de la drogue a une signification spécifique : «*l'accomplissement ou, du moins l'espoir d'accomplissement d'un profond désir inconscient ressenti comme un besoin interne.*²¹» La question posée est donc celle des conditions surdéterminant un tel désir inconscient.

Le deuxième type de névrose impulsive dépeint par Fenichel, et qui concerne les *toxicomanies sans drogues*, recouvre une réalité clinique qui n'a cessé depuis d'être interrogée, notamment à propos de l'anorexie, de la boulimie, ou encore des pathologies du jeu compulsif. Sans vouloir exposer en détail dans cette introduction l'analyse faite de ce groupe de conduites, notons que dans le cas des boulimies il existerait une équivalence directe, et sans aucun déplacement, entre nourriture et investissement sexuel dans l'oralité²². Cette hypothèse s'appuie sur le fait que la satisfaction la plus primitive qu'est pour le bébé téter le lait de la mère, apporte simultanément la sécurité affective et la sensation du plaisir.

Le modèle le plus important des *addictions sans drogues* serait constitué par *les affamés d'amour*, soit, des personnes pour qui l'affection reçue jouerait le même rôle que la nourriture chez le boulimique ou la drogue chez le toxicomane. Bien qu'étant en général incapables d'aimer, ces personnes

²¹ *Ibidem.*, p. 460.

²² En cela, nous verrons plus loin que Fenichel suit la position freudienne, voulant que certaines exigences pulsionnelles de l'adulte soient des dérivés de la faim primaire du nourrisson et de la recherche concomitante d'une sécurité remontant à la phase orale archaïque.

auraient «*un besoin absolu de se sentir aimées par un objet, ce dernier n'étant considéré que comme un instrument de satisfaction orale.*²³» Ces personnalités seraient à situer dans la classe des *hypersexuels*, et souvent des «*candidats*» potentiels pour des états maniaco-dépressifs.

Fenichel évoque également la *manie de lire* en tant qu'ingestion et substitut inconscient de la nourriture. La *passion du jeu*, quant à elle, représenterait un combat plus complexe dans lequel «*le joueur menace de tuer le destin si ce dernier refuse la nourriture (narcissique) nécessaire, et serait prêt, dans ce but, à courir le risque d'être tué.*²⁴» Dans son essence, jouer serait un défi où le sujet cherche à imposer au destin l'obligation de lui fournir une satisfaction narcissique grandiose, tout en courant en même temps le risque d'une punition sévère.

Pour cet auteur, la passion du jeu, ainsi que l'ensemble des conduites d'addiction sont comprises comme l'expression de conflits reliés à la sexualité infantile, notamment la perte d'un sentiment narcissique stable, due soit à l'angoisse, soit à la culpabilité. Les addictions représenteraient des tentatives infructueuses pour maîtriser ces problématiques.

On comprendra que la conception psychanalytique des addictions diffère profondément des approches bio-psycho-sociales. L'importante réflexion métapsychologique sur ce syndrome psycho-comportemental complexe remanie tant la notion de toxicomanie que celle de dépendance. De surcroît, nous le verrons dans ce mémoire, l'approche psychanalytique ne juge pas à priori d'un point de vue normatif les formes de l'addiction quelles qu'elles soient, de même qu'elle ne les qualifie pas à priori de pathologiques.

²³ *Ibidem.*, p. 461.

²⁴ *Ibidem.*, p. 449.

Plusieurs auteurs, dont Jean-Pierre Jacques, affirmeront au contraire que la notion de dépendance désigne l'état natif de l'être humain, du nourrisson, et que nous restons tous sous l'empire de plusieurs dépendances.

Dans son ouvrage, *Pour en finir avec les toxicomanies* (1999), J.-P. Jacques affirme que la dépendance passe généralement inaperçue tant et aussi longtemps qu'elle reste conforme aux standards normatifs d'une culture, qui donnera à certaines dépendances leur plausibilité, et escamotera leur part questionnable. Nous serions tous, par exemple, sous la dépendance de certains idéaux collectifs qui fondent le contrat social : «*Ce contrat, qui a été rédigé et signé en notre nom, mais sans notre consentement par ceux qui nous ont précédés, imprime en nous une dépendance majeure et aussi incontestable, sauf délire, que le choix de la culture qui nous a bercés.*²⁵».

L'addiction au travail serait une autre sorte de ces dépendances fortes, normatives, aliénantes. Ce même auteur fait référence aux modalités de la construction de la norme, qu'il entend par ce à *quoi on est soumis*.

La question de la soumission, comme modalité constitutive inhérente à l'aliénation du sujet est à cet égard tout à fait centrale dans l'ensemble du corpus psychanalytique : le nourrisson est soumis/dépendant à la manière dont il sera investi, nourri, bercé, etc., par sa mère. Il est dépendant des *signifiants énigmatiques*²⁶, dira Jean Laplanche, dérivés de l'inconscient de la mère. Il est dépendant/soumis au langage parental fait des mots, d'affects et d'interdits

²⁵ Jean Pierre Jacques, *Pour en finir avec les toxicomanies*, Bruxelles, De Boeck, 1999, p. 88.

²⁶ Dans les *Nouveaux fondements de la psychanalyse* (1987), Jean Laplanche se penche sur la situation fondamentale de *séduction originnaire* de l'adulte (doté d'un inconscient) qui propose à l'enfant des *signifiants énigmatiques* (le sein, par exemple, investi sexuellement et inconsciemment par la mère). Cette catégorie du message à traduire pour l'enfant à son insu «herméneute», renoue avec la fameuse lettre 52 de Freud à Wilhelm Fliess, où sont évoqués des *fueros*, ou «restes inconscients». Laplanche nommera ces restes les *objets-sources de la pulsion*.

entremêlés, qui constitueront pour l'enfant à la fois l'entrée dans l'échange langagier et le fondement d'un imaginaire refoulé.

En d'autres termes, on pourrait affirmer que réfléchir sur les formes de la toxicomanie, sur les phénomènes de l'addiction ou sur la dépendance inhérente à l'état du nourrisson, mais aussi de l'être parlant, ouvre sur la question générale de l'aliénation constitutive du Moi. En ce sens, nous le verrons, la réflexion psychanalytique sur l'addiction n'est pas sans avoir un arrière fond qui touche à l'ontologie même de l'espèce humaine.

Le présent mémoire consistera en une recension d'écrits psychanalytiques particulièrement représentatifs de la contribution de la psychanalyse à la compréhension des mécanismes inconscients à l'origine des addictions.

Nous rendrons compte tout d'abord des écrits freudiens, et dans ceux-ci, de certains jalons permettant d'induire que les conduites de dépendance ne peuvent être restreintes aux seules substances psychoactives. Puis dans un second temps, nous approfondirons la métapsychologie de la clinique des addictions avec les apports d'auteurs plus contemporains tels que Piera Aulagnier, José Bleger, Sylvie Le Poulichet et Gérard Pirlot. Enfin, nous étudierons la façon dont les travaux de Donald Winnicott, relus par Joyce McDougall, contribuent à la compréhension de cette question. Ce travail inclura également quelques courtes vignettes cliniques tirées de rencontres ou d'entretiens avec des personnes dépendantes de drogues. Certains de ces exemples seront extraits des ouvrages des auteurs étudiés, ces brefs témoignages anonymes aideront à mettre en lumière le rapport entre théorie et expérience clinique.

CHAPITRE I

LA NOTION DE TOXIQUE DANS LES TEMPS PRÉLIMINAIRES DE LA DÉCOUVERTE FREUDIENNE

1.1 LA NOTION DE NÉVROSE ACTUELLE

La conceptualisation progressive dans la théorie de la réalité de l'addiction nous ramène impérativement aux débuts de la découverte psychanalytique. Dans ce chapitre, nous tenterons de situer la place de la figure du toxique dans les moments préliminaires de la démarche freudienne afin d'examiner la transformation progressive des vues de Freud, et de saisir le statut qui sera conféré au toxique dans les développements subséquents de sa théorie.

On peut affirmer que la notion d'addiction avait trouvé dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895), puis dans les «Lettres à Fliess», ses toutes premières élaborations. Pour auteurs commentateurs de Freud (Gérard Pirlot par exemple), le modèle organique proposé pour comprendre les *névroses actuelles* peut être comparé à celui des toxicomanies et des intoxications. Ce point de vue est partagé par Sylvie Le Poulichet, qui remarque que c'est bien une forme de théorie toxicologique des névroses qui se dessine dans les premières études freudiennes.

Rappelons qu'à l'époque, sous le vocable de *névroses actuelles* étaient regroupées la *neurasthénie*, et la *névrose d'angoisse*. Le terme neurasthénie avait été introduit par le neurologue américain George Beard en 1879 pour désigner un état de fatigue psychologique et physique, accompagné de divers troubles fonctionnels²⁷. En 1895, Freud écrivait que les symptômes neurasthéniques typiques (état de fatigue psychologique et physique, maux de tête, indigestion, insomnie, appauvrissement de l'activité sexuelle, désintérêt), résultaient d'une vie sexuelle inadéquate, causée en particulier par une masturbation excessive. Pour le traitement, il conseillait une désaccoutumance des habitudes masturbatoires et, éventuellement prescrivait le recours à la cocaïne pour les états d'affaiblissement mental caractéristiques de cette affection²⁸.

Dans les années 1890, Freud concevait le sexuel masturbatoire en tant que activité sexuelle non accomplie, sur un mode analogique à celui des substances et des stupéfiants qui pouvaient entraîner des intoxications. Dix ans plus tard, en 1905, il maintiendra le même présupposé toxicologique des pratiques onanistes en lien avec les altérations somatiques, en notant par exemple : *«il est bien connu que les douleurs gastriques affectent plus souvent ceux qui se masturbent.»*²⁹.

A ce moment de sa démarche de découverte, le maître viennois caractérisait la *névrose d'angoisse* par un ensemble de symptômes (susceptibilité générale aux stimuli, attente anxieuse, accès d'angoisse, troubles de l'activité cardiaque et de la respiration, bouffées de

²⁷ Elizabeth Roudinesco, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, p. 727.

²⁸ Sigmund Freud,, «Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que névrose d'angoisse», Paris, PUF, 1988, p. 4.

²⁹ Sigmund Freud, «Fragment d'une analyse d'un cas d'Hystérie» (Dora), Paris, PUF, 1954, p. 167.

sueur, effrois nocturnes), ces derniers compris comme le résultat de l'accumulation de l'excitation sexuelle et d'une frustration qui se transformaient directement en symptôme, *sans médiation psychique* : «*Toutes ces indications, affirme t-il, font qu'on s'attend (...) à ce que le mécanisme de la névrose d'angoisse soit à chercher dans la déviation de l'excitation sexuelle somatique à l'écart du psychique, et dans une utilisation anormale, causée par là, de cette excitation.*³⁰».

Freud relie cette névrose à des étiologies bien spécifiques : abstinence sexuelle, coïtus interruptus, excitation frustrée, autant de facteurs qui «*empêchent l'élaboration psychique sexuelle somatique.*³¹» Ce point semble très important, car nous pouvons voir qu'à beaucoup d'égards la compréhension clinique contemporaine des pathologies de la toxicomanie souligne l'absence, chez la personne, de possibilité de médiation psychique entre l'angoisse signal et la décharge, par le recours à une substance chimique anesthésique de cette angoisse. Toutefois, dans les années introductives de la découverte, Freud maintient fortement le lien entre névrose d'angoisse et excitation sexuelle non accomplie.

Ainsi que Jean Laplanche le note dans sa relecture de l'œuvre freudienne, l'excitation sexuelle organique ne pouvait se transformer en *libido psychique* qu'à la condition d'entrer en connexion avec des groupes préétablis de représentations sexuelles, sinon elle était en quelque sorte *livrée* sur le plan somatique sous forme d'angoisse³². Pour Freud, la toxicité relevait de la réalité sexuelle et devait être cherchée dans les désordres de la vie sexuelle *actuelle* et

³⁰ Sigmund Freud, «Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que névrose d'angoisse», p. 37.

³¹ *Ibidem.*, p. 51

³² Jean Laplanche et Jean Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2004, p. 275.

non dans des événements refoulés de la vie passée, contrairement aux psychonévroses de défense :

«La source d'excitation, le facteur déclancheur se trouve dans le domaine somatique, tandis que dans l'hystérie et dans la névrose obsessionnelle il est dans le domaine psychique.³³».

Freud maintiendra pendant longtemps inchangée cette même conception, en 1917 il écrira: *«les intoxications et les abstinences livrent la même symptomatologie que les névroses actuelles, avec un même pouvoir d'agir sur tous les systèmes d'organes et sur toutes les fonctions.³⁴».*

Il semble donc qu'avec son concept des névroses actuelles, Freud ne perdit jamais de vue une étiologie bio-énergétique de l'angoisse et des besoins antalgiques du sujet. Nommerions-nous cette étiologie aujourd'hui neuro-hormonale ou neuro-biochimique? cela resterait à préciser. Notons cependant que ces mêmes pré-supposés théoriques permettent actuellement, au moins en partie, de penser à l'intérieur de la psychanalyse la question des rapports entre addictions et somatisations³⁵.

Il est également possible de retrouver certaines traces d'une conception toxicologique de la névrose dans la conceptualisation de l'hystérie. En 1888, dans son article «Hystérie», Freud décrit cette affection comme une *anomalie du système nerveux*, accompagnée de la formation d'un *surplus d'excitation* dans l'organe psychique³⁶. Il supposait donc l'existence d'une énergie dont les

³³ Sigmund Freud, «Lettre à Fliess No. 32», Paris, PUF, 1956, p. 113.

³⁴ Sigmund Freud, *Conférences Introduction à la psychanalyse*, Paris, PUF, 1999, p. 388.

³⁵ Gérard Pirlot, *Les passions du corps*, p. 40.

³⁶ Sigmund Freud, «L'hystérie», Paris, PUF, 1966, p. 57.

excès pouvaient déclencher des effets d'intoxication à l'intérieur du système nerveux. Parmi ces derniers figurent les intoxications hétérogènes à l'organisme, notamment le recours à des matières chimiques.

Une transformation dans la pensée freudienne s'opérera toutefois entre cette première théorie toxicologique des névroses, et les études ultérieures sur la dynamique du rêve. Grâce à cette transformation pourra surgir, nous dit Le Poulichet, la pensée d'un corps érogène, d'un *corps-langage*, qui va se superposer à la question du toxique et du dérèglement du *corps-soma-machine*³⁷. Ce sera dans ce nouveau trajet théorique que le corps et le toxique trouveront leur statut proprement psychanalytique.

1.2 L'HYSTÉRIQUE ET LA DÉPENDANCE À L'HYPNOSE

Afin de mieux saisir la transformation conceptuelle qui va progressivement s'opérer, rappelons qu'en 1893, dans la *Communication préliminaire*, Freud postule que la condition nécessaire de l'hystérie est la présence d'*états hypnoïdes*. Ces états sont conçus comme des productions de contenus analogues à l'hypnose, se développant à partir de rêveries diurnes, et qui seraient le siège de la formation d'associations pathologiques ayant une action sur les processus somatiques de conversion. Les états hypnoïdes sont analogues à l'hypnose en ce que, dans un contexte d'endormissement, le cours des représentations du sujet est entravé, et la totalité de son excitation intracérébrale est mise à la disposition de la représentation suggérée. L'importance des états hypnoïdes et leur portée thérapeutique dépend surtout,

³⁷ Sylvie Le Poulichet, *Toxicomanies et psychanalyse*, p. 75.

selon Freud, de l'existence chez le patient d'une dissociation du psychisme ayant entraîné une amnésie³⁸. Ces énoncés s'inscrivent clairement dans la perspective de Charcot.

La conversion hystérique est alors conçue comme un état psychique dissocié qui était, postulait-on, accessible au plus haut point à une *conversion* d'affect et à la *suggestion*. Notons avec Sylvie Le Poulichet que grâce à cette théorie des états hypnoïdes peut surgir la pensée d'un corps érogène : «*une surface est investie par des éléments de langage au sein d'une activité de rêverie.*³⁹».

La conception freudienne du *toxique* va se modifier au fur et à mesure que va se déplacer l'énigme des rapports entre psyché et soma, puis entre langage et corps. Avec l'émergence d'un nouveau statut du corps dans la pensée freudienne, la figure du *corps étranger* toxique subit un déplacement et tend à s'estomper. Freud va modifier ses conceptions premières en s'appuyant sur l'opposition veille-sommeil inspirée par l'hypnose. Les recherches sur l'hypnose transformeront de manière décisive la réflexion freudienne sur le toxique et le rapport du corps au langage.

Un article de 1893 marquera l'apparition de ce nouveau corps dont s'occupera désormais la psychanalyse, il s'agit du texte «*Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques*», dans lequel Freud se demande quelle pourrait être la nature de la lésion causant la paralysie hystérique. Il opère alors un saut épistémologique considérable en affirmant que : «*la lésion des paralysies hystériques doit être tout à fait indépendant de l'anatomie du système nerveux, puisque l'hystérie se*

³⁸ Freud Sigmund et Joseph Breuer, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956, p. 172-8.

³⁹ Sylvie Le Poulichet, *op.cit.*, p. 68.

*comporte dans ses paralysies, et autres manifestations comme si l'anatomie n'existait pas, ou comme si elle n'en avait nulle connaissance.*⁴⁰».

Les recherches sur l'hypnose permettent donc à Freud de constater que si l'hystérique ne savait rien de la réalité des organes, néanmoins elle était aux prises avec un langage du corps : les symptômes hystériques engagent un corps discursif qui n'est pas le corps anatomique. Il s'agit là d'une remarque fondamentale. À partir de là, Freud va travailler la notion d'un nouveau *corps* sur lequel la *magie des mots* opère.

Observons de plus près cette découverte et tentons de saisir quelles peuvent être ses implications par rapport à la compréhension de la question des addictions. Nous sommes alors dans l'année 1890. Pour Freud, la prescription de narcotiques constituait une *sérieuse erreur technique* dans les cas d'hystérie. C'était plutôt l'hypnose la thérapeutique appropriée car elle permettait de découvrir les souvenirs liés aux symptômes. En ce sens Freud était encore conforme à un modèle médical qui comprenait le traitement comme devant être l'extraction d'un corps étranger toxique. Mais il est cependant sensible à un point faible de sa méthode :

Lorsque les circonstances nécessitent un usage prolongé de l'hypnose, il s'établit une accoutumance à l'égard de l'hypnose et une dépendance à l'égard du médecin hypnotiseur qui ne peuvent pas être le but du traitement.» Et plus loin : «C'est aussi dans ces cas-là qu'ont tendance à s'installer chez le malade une dépendance à l'égard du médecin et une sorte d'addiction à l'hypnose»⁴¹.

⁴⁰ Sigmund Freud, «Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques», Paris, PUF, 1984, p. 55.

⁴¹ Sigmund Freud, «Traitement psychique», Paris, PUF, 1984, p. 19.

Il est donc clair que pour Freud il ne faut pas abuser de l'hypnose, car si ce processus était susceptible de rompre les habitudes morbides du malade, il pouvait à son tour constituer une nouvelle forme d'addiction. Il avait pu en effet constater lors de son séjour à la Salpêtrière que les patientes hystériques expérimentalement et répétitivement hypnotisées, étaient à tous égards intoxiquées à l'hypnose, dépendantes de leur drogue et de leur médecin drogueur⁴². Entre hypnotiseur et hypnotisé, et au sein de cette relation se trouvera en quelque sorte un *surplus* transféré.

Toujours en 1890, Freud écrit : «*Alors que l'hypnotisé se comporte vis-à-vis du monde extérieur comme un dormeur, c'est à dire détourné de tous ses sens, il est éveillé vis-à-vis de la personne qui l'a plongé en hypnose, n'entend et ne voit qu'elle.*»⁴³ Dans ce même écrit, il note que le monde de l'hypnotisé se réduit à l'hypnotiseur, le premier devenant tout à fait docile, obéissant et crédule à l'égard du second. Soulignons un point essentiel qu'il ajoute : «*ce phénomène, qu'on appelle dans l'hypnose «rapport», trouve son pendant...par exemple chez la mère qui nourrit son enfant.*»⁴⁴ Donnant suite à cette intuition, Le Poulichet se demande si les paroles de l'hypnotiseur ne seraient pas analogues, pour l'hypnotisé, au *flux d'un lait maternel*.

Si le rapport entre hypnotiseur et hypnotisé peut devenir toxique, ce serait donc parce que le corps s'y trouve capturé : «*Le lieu du corps dans le sommeil de l'hypnose n'y est pas fondé par un désir de dormir, ce corps est directement livré à la présence et aux suggestions d'un autre (...) il hallucine les paroles de l'hypnotiseur qui atteignent sa propre chair.*»⁴⁵ Ces considérations amèneront

⁴² Jacqueline Lanouzière, «L'hystérique et son addiction», Paris, PUF, 2001, p. 138.

⁴³ Sigmund Freud, «Traitement psychique», p. 17.

⁴⁴ *Ibidem.*, p. 15.

⁴⁵ Sylvie Le Poulichet, *op.cit.*, p. 73.

Gérard Pirlot à soutenir que les premiers repérages des manifestations d'un amour de transfert se dégagent en référence à la notion d'addiction. Il affirmera que l'addiction à l'hypnose révèle une relation de transfert passionnel, qui dans une formulation ultérieure sera qualifiée de *addiction au transfert* ou *addiction à l'amour*⁴⁶. L'addiction à l'hypnose serait indiscutablement d'ordre amoureux, de l'ordre de l'excès, et du désordre.

On peut cependant se demander s'il est licite de parler véritablement d'addiction dans le cas des hystériques. De nos jours, on estime plutôt que l'addiction ne relève d'aucune structure psychique spécifique. Seules sont reconnues comme origine potentielle de comportements addictifs, certaines conditions affectives relationnelles des premières transactions entre la mère et le nourrisson. Toutefois, selon Jacqueline Lanouzière, la présence de fixations orales importantes dans l'hystérie invite à penser son rapprochement de la problématique contemporaine de l'addiction⁴⁷.

Selon Lanouzière, l'hystérique incite à penser sa dépendance au regard de l'autre comme le caractère d'un besoin/désir *«pris dans la spirale d'une répétition plus ou moins mortifère.»* L'hystérique livrerait une vérité de l'addiction : celle de la dépendance humaine universelle à l'objet et à son amour. Cette auteur conclut que quelles que soient ses variantes, bénignes ou plus graves, l'hystérie reste par essence une névrose de la demande d'amour, de l'exigence de preuves d'amour, et de la dépendance affective à l'égard de l'objet. C'est ce qu'elle appelle *l'addiction hystérique à l'autre*. Dans une perspective similaire, Joyce McDougall soutiendra dans *Éros aux mille et un visages* (1996), que les êtres humains peuvent servir de support d'addiction pour l'autre, avec une fonction identique à celle des toxiques dans le combat mené

⁴⁶ Gérard Pirlot, *op.cit*, p 5.

⁴⁷ Jacqueline Lanouzière, «L'addiction au regard», Paris, PUF, 2001, p. 142.

contre la souffrance. Il s'agirait d'une tentative d'autoguérison face à des états psychiques douloureux, qui établit «*une relation de dépendance infantile et de demande intarissable.*⁴⁸».

Tentons d'illustrer ces hypothèses avec une brève évocation clinique.

Georges⁴⁹, qui affirmait avoir «*trois amants en même temps*», disait vivre «*à travers les autres*» et avoir «*une curiosité insatiable pour l'être humain*». Il allait vers les gens «*comme vers un objet de recherche*». En même temps, il trouvait son comportement «*trop impulsif*» et cela représentait pour lui un problème :

Je ne peux pas m'arrêter, ne pas me fixer au sexe, ne pas agir... j'ai l'impression de consommer l'autre sans pouvoir me contrôler... je ressens un besoin irrésistible de m'évader, de me défouler, de dépenser mon énergie... Surtout quand je suis stressé, je consomme de la cocaïne pour ne pas penser à des choses négatives, pour m'enfuir, ça m'angoisse trop de penser... la drogue accentue ma bonne humeur et crée une bulle de protection... si je pense, ça pète ma bulle qui me protège.

En outre, Georges se décrivait comme quelqu'un «*incapable de rester seul*» et de «*prendre des décisions*», il se considérait «*trop dépendant*» de l'approbation et de l'amour des autres, ainsi que de leur jugement sur lui.

Dans ce chapitre, nous avons identifié une forme de théorie toxicologique des névroses qui se dessine à travers les premières études de Freud, dont l'analogie entre toxicité et névroses actuelles est postulée sur la base d'un modèle organique. La *neurasthénie* est comprise comme un processus somatique où c'est la décharge de tension, due à une pratique onaniste

⁴⁸ Joyce McDougall, *Éros aux mille et un visages*, Paris, Gallimard, 1996, p. 239.

⁴⁹ Tous les prénoms des patients sont factices.

excessive, qui devient toxique. Remarquons le lien implicite postulé entre masturbation, somatisation, voire addiction. En fait, la pratique masturbatoire sera comprise par Freud comme le prototype et l'ancêtre de toute toxicomanie. Il a donc eut très tôt l'intuition que l'addiction n'est pas nécessairement reliée à ce qu'on appelle aujourd'hui les substances psychoactives.

Pour Freud, non seulement la décharge mais aussi l'augmentation de tension est pathogène. La *névrose d'angoisse*, état fondamentalement toxique, était déterminée principalement par une accumulation excessive de tension sexuelle dans l'organe psychique. On pourrait se demander si cette intoxication est comparable à l'assuétude à une drogue, comme si l'angoisse récurrente était le signe visible d'une sexualité fonctionnant comme une pratique d'addiction.

La théorie toxicologique du sexuel dans les névroses se trouvera postérieurement remaniée, même si Freud n'en continua pas moins, dans son oeuvre portée à maturité, à conserver une conception toxicologique et traumatique du sexuel. Les recherches sur l'hypnose amèneront à une nouvelle forme de compréhension du toxique. Avec l'hypnose, la *source toxique* dont parlait Freud se trouvera déplacée, transférée sur une relation asymétrique très particulière, celle du *rapport* entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé. Le phénomène de *l'addiction à l'hypnose* révélait la possibilité d'une relation passionnelle, addictive, une sorte de «*foule à deux*». Avec cette notion de foule à deux, que Freud développera plus tard, la question de l'addiction et corollairement celle de la toxicomanie se trouvera décentrée de la stricte dépendance aux substances psychoactives.

Il est essentiel de souligner que Freud relie le *rapport* entre hypnotiseur et hypnotisé à la relation de dépendance du nourrisson envers sa mère. De nos jours, cette intuition est fondamentale pour la théorisation psychanalytique des addictions. En outre, remarquons qu'à l'époque des recherches freudiennes sur

l'hypnose, le concept de *transfert* n'avait pas été encore introduit. Ces sont des auteurs plus contemporains qui vont postuler que la dépendance à l'hypnose révèle l'existence d'une relation de *transfert passionnel*, c'est-à-dire la réédition d'une première relation, asymétrique et indifférenciée, dans laquelle l'enfant se trouve dans une situation de dépendance extrême par rapport à sa mère. Cette première relation fusionnelle dont on fera le prototype de ce que certains auteurs nomment *l'addiction à l'autre* (Joyce McDougall, 1996), *l'addiction à l'amour* (Jacqueline Lanouzière, 2001) ou encore *l'amour fou* (Gérard Pirlot, 1997).

Enfin, notons que les fondements sur lesquels reposent les premières élaborations freudiennes (1880-1898) montrent des intuitions considérables concernant la problématique des addictions. Elles sont toujours pertinentes et continuent d'inspirer la réflexion, entre autres, sur l'existence d'un soubassement inconscient commun à certaines pathologies de la dépendance par ailleurs dissemblables.

CHAPITRE II

OBJET PRIMAIRE ET DÉSIR

2.1 UN OBJET QUI NE SERAIT PAS TOUT À FAIT PERDU

Dans ce chapitre, nous nous centrerons sur l'hypothèse freudienne du rapport existant entre auto-érotisme et addiction. Repartant tout d'abord des postulats freudiens, nous nous appuyerons sur les ouvrages de Sylvie Le Poulichet, Gérard Pirlot et Eduardo Vera Ocampo. Ces écrits nous permettront de repérer le statut métapsychologique de l'objet dans l'addiction, et d'aborder l'interrogation psychanalytique sur les rapports entre le désir et le besoin. Nous introduirons également certains points de l'interrogation post lacanienne, plus particulièrement les nouvelles propositions développées par Piera Aulagnier.

2.1.1 Auto-érotisme et addiction chez Freud

À la fin de l'année 1897, dans la «Lettre à Fliess # 78 du 22 décembre», Freud avance l'hypothèse que la masturbation infantile représente le modèle à partir duquel se constitue la toxicomanie, il écrit : *«J'en suis venu à croire que la masturbation était la grande seule habitude, le «besoin primitif» et que les autres appétits, tels les besoins d'alcool, de morphine, de tabac n'en sont que*

*les substituts, les produits de remplacement.*⁵⁰» Un an plus tard, il reviendra sur cette hypothèse, en ajoutant que :

*Contracter une habitude est une façon de parler, sans valeur d'éclaircissement ; quiconque à l'occasion de prendre un certain temps de la morphine, de la cocaïne, de l'hydrate de chloral, etc., n'acquiert pas de ce fait l'addiction à ces choses. Une investigation plus précise met en évidence, en règle générale, que ces narcotiques sont destinés à être le substitut – directement ou par des détours – de la jouissance sexuelle manquante ; et que chaque fois qu'une vie sexuelle normale ne peut être rétablie nous pouvons compter avec certitude sur la rechute du patient.*⁵¹

Dans ce même écrit, Freud prévient tout médecin de l'impasse encourue s'il voulait restaurer une cure de sevrage sans se soucier de comprendre les buts de l'addiction au regard de la vie sexuelle : *«Le succès du traitement ne sera qu'apparent aussi longtemps que le médecin se contentera du sevrage physique de ses patients sans se préoccuper de la source d'où coule le besoin impératif pour la drogue.*⁵²».

Or, si pour Freud l'addiction aux drogues est un substitut de la jouissance sexuelle manquante, et s'il existe un lien avec la masturbation infantile, comment devrait-on entendre cette idée? Comment comprendre que l'objet-droque représente le produit de remplacement d'une activité auto-érotique? Avant d'analyser ce questionnement, tentons de le rendre plus évident avec un exemple clinique.

⁵⁰ Sigmund Freud, «Lettre à Fliess No. 78», Paris, PUF, 1956, p. 211-212.

⁵¹ Sigmund Freud, «La sexualité dans l'étiologie des névroses», Paris, PUF, 1987, p. 230-231.

⁵² *Ibidem.*, p. 231.

Jacques, dépendant du crack depuis des nombreuses années, nous dit :

Je vis dans la solitude... la seule personne que je vois c'est le gars du dépanneur... je vis dans le monologue, avec un sentiment de vide... je me sens déraciné, étranger, comme en dehors de la civilisation... mes journées se résument à picoler, manger, dormir et regarder la télé... Je crois à une espèce de malédiction qui m'empêche d'avoir une femme dans ma vie... la masturbation excessive n'est pas normale chez un homme de mon âge.

Dans ce récit, notons que l'univers des objets relationnels possibles paraît se réduire à l'objet-drogue ou à une sorte d'équivalent qu'est le gavage de boisson et de télévision. Le plaisir sexuel, à proprement parler, ne serait atteint qu'au moyen de l'activité masturbatoire, qui apparaît aux yeux même de Jacques comme excessive et en remplacement d'une vie sexuelle qui n'existe pas.

Les concepts développés dans les *Trois essais pour une théorie de la sexualité* (1905) permettent de mieux saisir la position du sujet par rapport à l'addiction. Une hypothèse préalable à la compréhension de la notion d'auto-érotisme suppose l'existence de pulsions chez l'être humain. S'agissant d'une pulsion, Freud écrit, nous devons supposer l'existence d'une «*représentance psychique d'une source de stimulus intrasomatique à l'écoulement continu, à la différence du stimulus qui est instauré par des excitations isolées et venant de l'extérieur. Pulsion est donc l'un des concepts de la démarcation entre le psychique et le somatique.*⁵³ » Cette définition s'inscrit dans le cadre de la première théorie dualiste des pulsions où s'opposent pulsions d'autoconservation et pulsions sexuelles : les premières incluent les besoins et fonctions indispensables pour la survie de l'individu, le modèle en étant la faim

⁵³ Sigmund Freud, *Trois essais pour une théorie de la sexualité*, Paris, PUF, 1988, p. 101.

et la fonction d'alimentation ; les deuxièmes recherchent le plaisir érogène et visent la décharge d'excitation sexuelle. Ce dualisme pulsionnel rend compte du conflit psychique, le Moi trouvant dans la pulsion d'autoconservation l'énergie nécessaire pour contrer la sexualité. C'est dans ce même écrit que Freud définit l'auto-érotisme comme un centrément de la pulsion sur le corps propre. En ce sens, on pourra parler de la masturbation comme d'un comportement auto-érotique⁵⁴.

L'étude des manifestations de la sexualité infantile, ajoutée à celle des perversions et des névroses, va permettre à Freud de préciser le concept d'auto-érotisme. Pour cela il prendra pour modèle le suçotement du nourrisson, activité qui consiste en un contact de succion avec la bouche rythmiquement répété, l'ingestion de nourriture étant exclue. Une partie des lèvres elle-même, la langue, le gros orteil ou tout autre lieu de la peau sont pris pour objet de succion. Freud découvre que l'action de l'enfant qui suçote est déterminée par la recherche d'un plaisir érogène, et que c'est par la succion de la muqueuse que le nourrisson trouve la première forme de la satisfaction sexuelle. La première activité de l'enfant, et la plus importante pour la vie, à savoir la succion du sein maternel (et de ses succédanés), aurait familiarisé l'enfant avec un tel plaisir.

Lorsque la toute première satisfaction était encore liée à l'ingestion de nourriture, la pulsion sexuelle avait un objet en dehors du corps propre. Cet objet ne serait qu'ultérieurement perdu, *«précisément à l'époque où il devint possible à l'enfant de former la représentation globale de la personne à laquelle appartenait l'organe qui lui dispensait la satisfaction. La pulsion sexuelle devient alors en règle générale auto-érotique.»*⁵⁵.

⁵⁴ *Ibidem.*, p. 67.

⁵⁵ *Ibidem.*, p. 160.

La pulsion deviendra donc auto-érotique une fois constituée la séparation entre pulsions d'autoconservation et pulsions sexuelles, et d'autre part, une fois établie la distinction entre organe, sein et mère⁵⁶. Il faut cependant noter, comme Freud lui-même l'a fait, que la perte de l'objet primaire (le sein maternel) n'obéit pas à un constat phénoménologique mais est, au contraire, une construction intrapsychique.

L'acte de suçoter, dont Freud fait le modèle de l'auto-érotisme, serait donc secondaire à une première étape où la pulsion sexuelle se confond avec la pulsion d'autoconservation. L'auto-érotisme n'est pas un temps premier, celui de *l'étagage* où l'excitation sexuelle se produit comme effet marginal de la satisfaction du besoin, mais second, en ceci qu'il marque le moment de la constitution de l'objet au sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire en tant que perdu. Ce deuxième temps serait celui où l'objet du besoin, perdu dans une temporalité après-coup, est retrouvé mais déplacé dans le fantasme, le sujet étant d'ores et déjà en position auto-érotique⁵⁷. Bref, la sexualité surgirait par étagage et repli auto-érotique.

2.1.2 L'objet de l'addiction comme substitut autoérotique : les précisions apportées par Vera Ocampo

En liant la toxicomanie à la masturbation infantile, Freud paraît situer la problématique des addictions dans un temps plus abstrait que datable, avec ce corrélat aussi inéluctable qu'irréversible qu'est le sentiment physique du manque de l'objet. Eduardo Vera Ocampo soutient que l'essentiel de la

⁵⁶ Gérard Pirlot, *op. cit.*, p. 75

⁵⁷ Fernando Geberovich, *Une douleur irrésistible*, Paris, Interéditions, 1984, p. 84.

masturbation ne tient pas aux fantasmes qui lui sont liés⁵⁸. Ce serait sur le temps de la perte de l'objet que porterait le *déni* du toxicomane. Le leurre de l'objet retrouvé tient à l'impossibilité de retrouver la relation initiale à un objet du besoin perdu. Ce que nous dit le sujet toxicomane, c'est que la drogue est l'objet du besoin dont il ne saurait manquer sur le plan vital.

Dans la toxicomanie, affirme Vera Ocampo, l'essentiel n'est pas l'objet de l'addiction et ses propriétés chimiques, mais «*l'auto-érotisme sous-jacent en tant que idéal narcissique d'indépendance et d'autonomie.*» La fonction de la drogue consisterait à effacer l'absence structurale d'un objet adéquat au désir. Le lien d'exclusivité que le sujet toxicomane établit avec la drogue serait une tentative d'invalider toute possibilité pour les autres objets de se constituer en tant qu'objets de plaisir. Du point de vue clinique, ce qu'il est essentiel de considérer est la «*passion d'indépendance à l'égard de l'autre*», et l'expression d'un idéal de maîtrise de l'objet qui ne saurait manquer⁵⁹.

Le retour au mode de satisfaction auto-érotique qui s'imposerait au toxicomane situerait la satisfaction «*sous le signe d'un idéal d'autonomie de jouissance, dans un hors-temps, dans un espace privilégié, le territoire de la défonce.*⁶⁰» Retenons à ce propos ce qu'avance Freud dans *Malaise dans la civilisation* (1930) :

⁵⁸ Eduardo Vera Ocampo, *L'envers de la toxicomanie*, Paris, PUF, 1989, p. 124.

⁵⁹ *Ibidem.*, p. 138, 141.

⁶⁰ *Ibidem.*, p. 140.

La plus brutale, mais aussi la plus efficace des méthodes destinées à exercer pareille influence corporelle, est la méthode chimique, l'intoxication. Je crois que personne n'en pénètre le mécanisme, mais c'est un fait que, par leur présence dans le sang et les tissus, certaines substances étrangères au corps nous procurent des sensations agréables immédiates... On ne leur doit pas seulement une jouissance immédiate, mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur. On sait bien qu'à l'aide du "briseur de soucis" l'on peut à chaque instant se soustraire au fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleurs conditions à la sensibilité.⁶¹

L'idéal d'autonomie trouverait appui chez le toxicomane dans la pratique du *fixe*, lui permettant d'atteindre *une jouissance immédiate*⁶². L'acte : *je me drogue, je me fixe*, serait une activité spéculaire permettant au toxicomane de se mettre à l'abri de la différence. L'immédiateté de la réponse procurée par la drogue exclurait toute tension. Le toxicomane aurait l'illusion d'être ramené à un *état antérieur à la séparation*, à l'abri de toute blessure ou difficulté introduite par la réalité.

Un exemple clinique évoqué par cet auteur illustre ces mécanismes. Parlant de son premier shoot toxicomane, un patient confie :

C'était sur les collines, dans un faubourg de la ville, après on est sorti de cet endroit et toute la nuit on a discuté, et ça, je ne l'ai plus tellement retrouvé après... Je me souviens du lendemain, il y a eu le flash.... j'avais une sensation qui montait doucement, le cœur battait plus lentement, à ce moment-là plus rien n'avait d'importance, c'était comme un plaisir sexuel, un orgasme avec toi-même.⁶³

⁶¹ Sigmund Freud, *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 1971, p. 145.

⁶² Eduardo Vera, *op.cit.*, p. 141.

⁶³ Dans cet exemple, Vera Ocampo repère un fantasme de bisexualité, indifférenciation sexuelle propre à l'acte de *se fixer*, qui s'exprime sous la forme «*un orgasme avec toi-même*», dans lequel le «*toi-même*» soulignerait le dédoublement narcissique en ramenant à soi un *autre* perçu. D'autre part, il met en évidence la différence du plaisir toxicomane par rapport à la sexualité génitale, qui apparaît sous la forme d'une comparaison : «*c'est comme un plaisir sexuel*».

Plus que toute autre, dit Eduardo Vera, une expression telle que *je suis en manque* exprime la conviction pour le toxicomane que l'objet ne serait pas irréversiblement perdu : «*c'est parce qu'il n'est pas perdu et qu'il l'a trouvé, que ça lui manque*». Dans ce cas, le sujet se servirait de son état de manque pour dire, sous la forme d'un simulacre de biologisation, son refus du manque. Le toxicomane, en véritable alchimiste, utiliserait la drogue pour tenter l'impossible, «*la transmutation de l'objet du plaisir en objet du besoin.*⁶⁴» Ce serait le leurre où il s'é gare.

Fernando Geberovich aborde la même question du rapport toxicomanie/ autoérotisme dans son ouvrage, *Une douleur irrésistible* (1984). Il soutient que trois notions métapsychologiques freudiennes sur la sexualité sont indispensables pour comprendre le phénomène des addictions : 1. La constitution de l'objet de la pulsion, par étayage sur le registre du besoin. 2. Le repli auto-érotique, qui serait la position narcissique du sujet au moment de l'avènement de l'objet de la pulsion. 3. L'incorporation, opération qui, par voie métaphorique deviendrait le but de la pulsion. Selon cet auteur, ces notions seraient au cœur de la toxicomanie : un *objet*, la drogue, qui réclame un statut dans le registre du besoin. Un sujet en position *repli de soi*, ce qu'il appelle un narcissisme réfléchi, et que pourrait refléter de la drogue la forme grammaticale : *se défoncer, se fixer*. Et finalement, le *but* de l'incorporation qui progresserait vers l'aplatissement du fantasme, pour se limiter assez rapidement à un acte physique compulsif consistant à se faire pénétrer, s'auto-infiltrer dans le corps une substance réelle.

⁶⁴ *Ibidem.*, p. 129.

Les deux positions du drogué pivoteraient autour des deux pôles du *narcissisme réfléchi* : le pôle sadique, *se voir*, et le pôle masochiste, *se détruire*. L'entreprise de *destruction narcissique* à laquelle se voue le toxicomane serait caractérisée par une défaillance de la fonction de la représentation du fantasme de l'objet perdu⁶⁵

2.2 LES RELECTURES DE PIERA AULAGNIER : UNE INVOLUTION DE L'OBJET DU DÉSIR INCONSCIENT VERS L'OBJET DU BESOIN

Dans *Les destins du plaisir* (1979), Piera Aulagnier postule l'existence dans les cas d'addiction, d'une forme de *désétayage* impliquant une forme d'involution du désir inconscient vers le besoin. Lors de l'étayage, écrit-elle, la rencontre inaugurale bouche-sein est une rencontre dans laquelle un objet se donne comme cause de la disparition d'un besoin qui assure la survie, et conjointement comme cause d'un plaisir érogène sensoriel. Lors de son absence, cet objet deviendrait responsable du retour d'un *besoin redoublé*, puisque au besoin du corps s'ajouterait un besoin de plaisir. Dans cette première phase du développement, l'enfant ne serait pas capable de séparer objet de besoin et objet de plaisir : « *l'enfant désire ce dont il a besoin et il a besoin de ce qu'il désire.*⁶⁶ ».

Après la première structure relationnelle qu'est l'indifférenciation pour le nourrisson, intervient la phase suivante dans laquelle persiste un certain balancement entre les deux registres, objet de plaisir/objet de besoin. Le *Je* de l'enfant devra alors réussir par un lent travail à séparer un *plaisir nécessaire*

⁶⁵ Fernando Geberovich, *Une douleur irrésistible*, Paris, Interéditions, 1984, p.84.

⁶⁶ Piera Aulagnier, *Les destins du plaisir*, Paris, PUF, 1999, p. 137.

d'un *plaisir suffisant*, ce qui lui permettra de passer d'un état de dépendance absolue à un état de dépendance relative⁶⁷.

Selon Aulagnier, qu'il s'agisse des besoins du corps ou des besoins de la psyché, leur satisfaction s'accompagnerait toujours d'un éprouvé de plaisir, faute de quoi le *Je* refuserait d'investir l'acte psychique et moteur permettant cette satisfaction. Il en résulte un *plaisir minimal*, nécessaire, dont la réalisation serait une condition pour que le *Je* investisse le fonctionnement de la psyché et du corps, et supporte les moments de souffrance que comportera toujours le fait de vivre. Ce plaisir ferait partie des besoins, il serait même par excellence *le premier besoin* qui doit être satisfait, et qui sera toujours satisfait tant que le sujet reste vivant : «*l'accès à ce plaisir coïnciderait avec l'accès à la vie, le préserver serait se préserver vivant.*»⁶⁸.

Le nourrisson découvrirait que la réalité qu'il rencontre ne peut être modifiée que si le *Je maternel* désire rendre possible cette modification. Ainsi, non seulement il n'appartient pas au pouvoir de l'enfant de choisir sa mère mais il n'est pas en son pouvoir de ne pas l'investir, et de répartir son investissement sur d'autres objets qui permettraient d'en modérer l'intensité. Le premier objet investi répondrait donc à un choix obligé, il serait un objet non substituable, un objet qui ne peut pas manquer, un objet nécessaire qui accapare à son profit la totalité de la libido, à l'exception faite, de cette part que le sujet devrait investir au profit de son propre corps, de ses zones sensorielles et de ses fonctions.

La séparation entre plaisir nécessaire et plaisir suffisant permettrait à l'enfant de passer d'une structure relationnelle a-symétrique à une relation symétrique, forme non pathologique d'investissement pulsionnel : dans une

⁶⁷ *Ibidem.*, p. 168.

⁶⁸ *Ibidem.*, p. 162.

relation de symétrie, l'objet d'investissement passera du statut d'être exclusif à celui d'être privilégié. De plus, le *Je* deviendra capable de diversifier et préserver un certain nombre de destinataires de plaisir, gardant une certaine mobilité des investissements sources de plaisir. La relation passionnelle au contraire désigne une structure relationnelle non différenciée, non-symétrique, dans laquelle un objet est devenu source exclusive de tout plaisir, et a été *déplacé dans le registre des besoins*.

En fonction de la nature de *l'objet*, Aulagnier distingue trois prototypes de relation : 1) celle du toxicomane à l'objet drogue ; 2) la relation qui lie le joueur au jeu ; 3) la relation du sujet au Je d'un autre, soit la passion dite amoureuse. Dans tous ces cas, l'objet du plaisir prendrait place parmi les objets de besoin, l'éprouvé de plaisir et l'objet feraient dès lors partie de l'imposé, du nécessaire et du hors choix. En outre, en transformant l'objet de plaisir en objet de besoin, l'état passionnel libérerait le sujet de toute responsabilité dans le registre du choix.

Le terme de *passion* exclut donc la notion d'une relation partagée ou réciproque. Le Je, attribuant à l'objet un pouvoir de plaisir exclusif, ferait de celui-ci le seul qui puisse, quand il le désire, satisfaire ce qui est devenu *un besoin de plaisir*. D'autre part, cet objet aurait un pouvoir tout aussi démesuré dans le registre de la souffrance qu'il impose⁶⁹.

Tentons d'illustrer ces hypothèses avec un exemple clinique. Marie dit être alcoolique et se sentir «*comme un enfant face à l'ogre qu'est l'alcool*», elle mentionne : «*La boisson me possède, boire est devenu un besoin vital comme la nourriture... ça prend toute mon énergie*». Elle se définit comme une femme passive qui manque d'auto-estime : «*j'ai tellement peu de confiance en moi, je*

⁶⁹ *Ibidem.*, p. 180, 183.

ne me sens pas intéressante, quand je parle j'ai l'impression que je suis de la merde... je suis une proie facile pour les autres». Concernant sa relation de couple, elle nous dit : *«il a du contrôle sur moi, je lui donne tout... je suis incapable de dire non*». Notons en outre que Marie décrivait sa mère comme une femme contrôlante et toute-puissante, qui n'acceptait aucun de ses choix.

Dans cet exemple, notons que Marie se sent comme un enfant vulnérable face à un géant tout-puissant et dévorateur. Le caractère régressif oral de cette représentation semble entrer en résonance avec un fantasme d'une mère perçue comme avide et insatiable. L'objet-drogue et l'objet-sexuel (le conjoint), apparaissent comme des objets du besoin : Marie est incapable de dire non à ces objets qui exercent un pouvoir démesuré sur elle.

Une autre caractéristique importante de la relation passionnelle est, selon Aulagnier, l'aptitude de *l'objet-passion* à satisfaire conjointement Eros et Thanatos. Elle précise que l'objet de la passion est capable de satisfaire conjointement la suprématie de la souffrance, et le désir de ne plus souffrir et de ne plus désirer qui peut en résulter⁷⁰. Dans les cas d'addiction, le conflit serait le suivant : ou bien le sujet jouirait de sa capacité de pensée et les demandes du corps seraient vécues comme celles d'un adversaire qu'il faut réduire au silence, ou bien il jouirait de son corps, essayant de mettre au silence l'activité de la pensée. Mais en réalité, pour le toxicomane, la drogue deviendrait conjointement objet de plaisir pour l'activité de pensée, et objet de besoin et de souffrance pour le corps⁷¹. Chez lui, l'état de conflit permanent serait insoutenable s'il n'était suivi par ces moments de trêve que permet l'addiction. Trêve de courte durée, toujours à reconstruire et à retrouver.

⁷⁰ *Ibidem.*, p. 182.

⁷¹ *Ibidem.*, p. 187.

Au terme de ce chapitre, remarquons que les postulats freudiens contenus dans les *Trois essais pour une théorie de la sexualité* concernant l'avènement de l'auto-érotisme, permettent d'envisager la pratique masturbatoire dont Freud fait le prototype de toute toxicomanie, non pas comme une simple manipulation d'organe mais comme un temps inaugural, celui de la constitution de l'objet en tant que perdu. Ce serait précisément sur ce temps de la perte de l'objet qui porte la problématique de l'addiction, sur ce temps qui est la condition pour que l'objet du besoin devienne objet du désir.

Le sujet sous addiction semble proposer une construction où il substitue de façon régressive à l'objet de la pulsion sexuelle, objet dérivé de l'objet du besoin, l'objet de besoin lui-même. Il dénierait par cette construction ce qui fait justement l'essence même de la pulsion, à savoir qu'aucun objet ne peut la satisfaire. De fait, le sujet désire dans la mesure où il y a eu perte, et le vide fondamental de la structure résultant de l'effet de la symbolisation primordiale, ne pourra être comblé par aucune satisfaction pulsionnelle, au moins d'une façon complète et permanente : l'objet du désir sera toujours une métaphore.

Piera Aulagnier verra dans un glissement vers le registre du besoin comme condition préalable du plaisir, le tissage de la logique du sujet sous addiction. Le lien irréductible d'un sujet à un objet-drogue, à une activité-drogue ou à une personne-drogue, apparaît sous le double signe de la nécessité et de l'exclusivité, lorsque l'objet devient pour le sujet l'objet exclusif d'un *plaisir nécessaire*.

CHAPITRE III

LES CARENCES DE L'OBJET ARCHAÏQUE

3.1 LES DÉFAILLANCES DE L'OBJET MATERNEL PRIMAIRE

Pour Gérard Pirlot, l'auto-érotisme désigne «*une position de re-pli où la clôture sur soi ouvre sur l'autre et sur l'appétit à symboliser le manque.*⁷²» L'addiction renverrait à des perturbations *en deçà* de l'auto-érotisme, impliquant des défaillances concernant *l'introjection fantasmatique de la mère-sein*. Lorsque l'objet interne fantasmatique a manqué, le Moi utiliserait les sensations et les perceptions comme *substitut* auto-érotique, plutôt que d'utiliser la voie fantasmatique et celle de la représentation de la pulsion.

Pirlot voit dans l'accession à l'auto-érotisme un plaisir obtenu en l'absence de l'objet par le biais de *l'hallucination négative*. Afin de mieux saisir l'importance que l'hallucinatoire pourrait avoir dans la question des addictions, tentons de reconstruire ce moment constitutif de la représentativité psychique. Dès *L'interprétation des rêves* (1900), Freud rappelle que dans une première phase de l'existence, le nourrisson est totalement dépendant des autres pour satisfaire ses besoins internes. C'est seulement au moyen d'une aide étrangère que l'enfant peut faire disparaître son état de tension. Une composante essentielle de cette expérience de satisfaction du besoin serait l'apparition d'une

⁷² Gérard Pirlot, *Les passions du corps*, p. 75.

certaine perception, une *image mnésique* associée à cette perception, restant à son tour reliée à une trace mnésique de l'excitation du besoin⁷³. Ces traces persisteraient de façon permanente dans la mémoire mais ne seraient réactivées qu'une fois investies.

Pour Freud, l'hallucination a comme fonction d'éviter les états traumatiques de tension déterminés par l'absence de l'objet : «*Chez le nourrisson, on trouve confondu ce qui ultérieurement sera séparé. Il ne peut encore distinguer l'absence temporaire de la perte durable ; dès l'instant où il perd de vue la mère, il se comporte comme s'il ne devait plus jamais la revoir.*⁷⁴» Selon, Gérard Pirlot, l'hallucination négative, *élaborée au contact de la mère et témoin de l'introject de l'objet maternel*, aurait une fonction protectrice anti-traumatique, constituant des *contenants* aux figurations et représentations, contenants psychiques qui seraient défailants dans les cas d'addiction

Ces hypothèses rejoignent la théorie du *Moi-peau* de Didier Anzieu, et les travaux de Donald Winnicott, impliquant la notion d'une unité psychosomatique qui se développe par étayage mais aussi par clivage et différenciation du Moi corporel. Gérard Pirlot soutient que le processus de l'hallucination négative, à mesure que l'objet maternel s'efface en tant qu'objet primaire de fusion, laisse la place *aux investissements propres du Moi fondateur du narcissisme personnel*. Il faut un *holding*, affirme cet auteur, bien tempéré, pour constituer *le fond (Self) du psychisme*. Si la mère n'est pas *suffisamment bonne*, le mécanisme de l'hallucination négative qui comble l'absence de la mère finira par échouer et l'enfant perdra contact avec ses propres besoins. Réagissant à l'environnement, il sera victime d'intrusions, en menace constante d'être

⁷³ Sigmund Freud, *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, p. 301.

⁷⁴ Sigmund Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1965, p. 100.

traumatisé et incapable d'usage symbolique. Toute défaillance sérieuse dans ce *holding* aura des effets traumatiques sur l'établissement du fond narcissique du Moi, et sur la capacité à tolérer l'attente ou l'excitation. Ce serait précisément le cas dans l'addiction.

Selon ce même auteur, le *holding* maternel et parental est un élément essentiel dans les étapes de différenciations du *Soi somato/psychique* qui, d'un côté, donneront un *Soi psychique/subjectif* et de l'autre, un *Soi somatique*. Des failles dans le *holding* détermineraient des défauts de différenciation, conduisant à des pathologies telles que les allergies, certaines expériences perceptivo-hallucinatoires ou encore à des conduites d'addiction. Dans toutes ces pathologies sollicitant la participation des limites somatiques et hallucinatoires de la psyché, ce ne serait pas tant le contenu psychique qui est en cause que son contenant, incomplètement séparé du sensorium corporel.

Les carences dans le *holding* se traduiraient par des carences dans le réservoir libidinal narcissique du Moi-Sujet, au point de réactiver nombre de traumas. Si le trauma, écrit cet auteur, se définit classiquement comme un événement intense porteur d'une charge qui déborde la tolérance du système pare-excitations, il n'y aurait de trauma que si préexiste une distorsion du pouvoir de la psyché de différencier Soi/non-Soi et dedans/dehors. La psychopathologie des addictions ouvre ainsi sur une psychopathologie du somatique : l'addiction serait d'une certaine façon, la réalisation d'affects dont la part psychique est réprimée dans le Soma. Celui-ci, directement intéressé par des mouvements auto-érotiques archaïques, resomatiserait des affects contemporains d'une époque de développement psychique où l'objet était encore indistinct de la sensation, de l'affect⁷⁵.

⁷⁵ Gérard Pirlot, *op.cit.* p. 78.

Pirlot affirme que la *nouvelle action psychique*⁷⁶ qui s'ajoutera à l'autoérotisme est *l'investissement érotique narcissique maternel* : le fondement narcissique psychique du Moi proviendrait du regard d'une mère *objectivant* le Self de son enfant. Cette réalité psychique deviendra ultérieurement, pour le sujet, inscrit dans le monde du langage et du dialogue, synonyme d'une dialectique avec l'autre.

Dans de bonnes conditions de *holding*, la masturbation infantile servirait à des fins sexuelles et narcissiques, elle réinvestirait des éléments de la sexualité dans un temps de re-pli auto-érotique permettant l'accès à un *objet érotique*. Faute d'un auto-érotisme symbolisant, l'addiction permettrait de *délimiter* une frontière dedans/dehors, Soi/non-Soi. L'objet de l'addiction serait investi régressivement comme un double narcissisme, et la dépendance à cet objet mimerait l'auto-érotisme primitif avec pour but la quête d'un Moi psychique perdu, sans enveloppe délimitée, sans redoublement narcissique, et sans repli sur soi. N'ayant pas de reflet dans le miroir, le sujet ne pourrait pas *se réfléchir*, et sa libido narcissique primaire serait *méta-morphosée*, faisant une sorte de *crypte* dans sa chair. A plusieurs égards, l'addiction pourrait ainsi être rapprochée des pathologies de l'autisme et de la psychose⁷⁷.

Les pratiques addictives tenteraient d'esquiver la relation avec l'autre en tant qu'objet sexuel génital, parce que ce dernier ouvrirait des blessures dans le fondement narcissique de l'appareil psychique. Ces pathologies permettraient d'ériger une *forteresse narcissique* devant la menace d'intrusion et la peur de

⁷⁶ En 1914, Freud avance qu'une *nouvelle action psychique* doit s'ajouter à l'auto-érotisme pour donner forme au narcissisme primaire. La question de la localisation du narcissisme primaire soulève des nombreuses difficultés. En s'appuyant sur les thèses d'André Green, Elizabeth Bizouard (1995) pense que le narcissisme constitue le complément libidinal de la pulsion d'autoconservation. Dans l'autoérotisme, par contre, prévaudrait la recherche de l'excitation et le jeu avec celle-ci : à l'apogée de cet état, ce serait une menace de déliaison qui se présente. Se lancer dans la course autoérotique et se désintégrer écrit cet auteur, rime avec se fusionner et perdre ses limites.

⁷⁷ Gérard Pirlot, *op.cit.*, p. 84

l'abandon que sous-tend toute relation sexuelle. La sexualisation de l'objet partiel qu'est l'objet de l'addiction servirait de défense contre des conflits régressifs qui pourraient se formaliser ainsi : *soi ou l'autre*⁷⁸.

Poursuivant les intuitions freudiennes, plusieurs auteurs pensent que la cause ultime de toute addiction serait une inhibition de la masturbation infantile, cette dernière étant fondamentale pour la constitution de l'autoérotisme. Il ne s'agirait pas de l'effet d'une interdiction venue de l'extérieur, mais d'un obstacle interne : l'objet primaire ne remplit pas sa fonction ; l'investissement par le sujet de l'acte répétitif masturbatoire laisserait entrevoir son incapacité à produire une décharge orgasmique satisfaisante. Dans l'addiction comme dans la masturbation compulsive, ce qui se dérobe serait la fonction de la représentation de l'objet. Du point de vue de l'évolution de la libido, il s'agirait d'un mode de satisfaction partielle et infantile.

Ainsi, en liant la toxicomanie à la masturbation, Freud ramène la problématique de l'addiction à une défaillance dans la constitution de *l'autoérotisme*. Car pour lui, ainsi que pour Aulagnier et Vera Ocampo, l'avènement de l'autoérotisme est concomitant de la perte de l'objet-sein, et de son introjection. Cette perte introjectée, qui est un gain de la plus grande importance pour le psychisme, est la condition pour l'accession du sujet à l'objet du désir et à la symbolisation de celui-ci.

Dans le cas de l'addiction, une défaillance dans l'introjection de l'objet sein-mère semble avoir été déterminante. Enfin, l'addiction ramènerait à une défaillance *en deçà* de l'autoérotisme ou une fixation à un autoérotisme archaïque. Elle serait plus l'effet d'une impossibilité, que d'une stratégie du sujet pour nier l'absence en lui d'un objet «adéquat à son désir».

⁷⁸ *Ibidem*, p. 42.

3.2 INCORPORATION DE L'OBJET PLUTÔT QU'INTROJECTION

La compréhension psychanalytique de l'addiction nous ramène au socle de la toxicomanie : *l'acte d'incorporation*. Que ce soit par voie orale, nasale ou cutanée, il s'agit pour le malade d'introduire une drogue à l'intérieur du corps. Plus précisément, l'individu infiltrerait en lui une substance psychotrope à la manière d'un inducteur fantasmatique lui permettant de sortir d'un état de vacuité représentative.

Gérard Pirlot, Nicolas Abraham et Maria Torok, regroupent la clinique des addictions sous le vocable de *pratiques de l'incorporation*. Ces auteurs rappellent que l'introjection orale est concomitante des premiers échanges tactiles entre la mère et son nourrisson, et soulignent que la stabilisation psychique interne de l'objet primaire, ordonnateur de la future subjectivité, dépend des modalités de l'introjection. Si celle-ci a été inadéquate, voire traumatique, le mécanisme de *l'incorporation orale* permettrait pour la psyché l'illusion du maintien d'un lien narcissique avec l'objet primaire dont l'enfant ne peut pas faire le deuil.

Évoquons rapidement quelques extraits cliniques afin d'illustrer le rapport existant entre addiction et oralité.

Monique, qui ne pouvait entre autres contrôler ses conduites alimentaires, se décrivait ainsi :

J'ai des crises où je ne peux pas arrêter de manger... à ce moment là je ne pense pas aux conséquences... les crises arrivent quand je suis préoccupée, angoissée, et surtout quand je me sens seule... quand je mange, c'est comme si j'étais accompagnée, comme si je tuais la solitude... J'aime me sentir protégée, ressentir que rien ne manque... je crois que pour ça aussi je cherche de l'argent avec excès.

Quant à François, il disait :

Je ne me contrôle plus, c'est comme une envie de vouloir manger... après avoir mangé en excès je vais à la salle de bain, ça me déculpabilise... j'aimerais dire que j'ai faim mais je n'ai pas faim, ce que j'ai c'est une crise... c'est comme un besoin irrésistible de manger, j'aimerais ne plus avoir cette impulsion de vouloir manger... je ressens un vide à l'intérieur, un grand vide... je me sens seul sur la terre.

Nicolas, qui a consommé dans le passé toutes sortes de drogues, et qui est aujourd'hui abstinente, nous dit :

Maintenant que je ne consomme pas, j'ai toujours faim, la nourriture est devenue importante... aussi, j'ai besoin de me lancer sur la route quatre ou cinq fois par semaine (conduite automobile), ça commence à coûter cher, quand j'ai trop d'idées dans la tête, j'ai besoin de cette drogue.

Rappelons que selon Freud, au début de la vie psychique les mécanismes de l'incorporation et de l'introjection se confondent. Sous la domination du principe du plaisir, l'enfant «*accueille dans son moi les objets offerts, dans la mesure où ils sont sources de plaisir, il s'introjecte ceux-ci (selon l'expression de Sandor Ferenczi) et, d'un autre côté, expulse hors de lui ce qui, dans son intérieur propre, lui devient occasion de déplaisir.*⁷⁹» Pour le Moi (*moi-plaisir purifié*), le monde extérieur se divise en une *part-plaisir* qui est incorporée, et en un reste qui lui serait étranger : «*De son moi propre, il a extrait une partie constitutive qu'il expulse dans le monde extérieur et ressent comme hostile.*⁸⁰» Deux polarités vont dès lors s'établir: le Moi-sujet/ plaisir, et le monde extérieur/déplaisir.

⁷⁹ Sigmund Freud, «Pulsions et destins de pulsions», Paris, Gallimard, 1988, p. 175.

⁸⁰ *Ibidem.*, p. 181.

Dans sa relecture de l'oeuvre freudienne, Otto Fenichel (1945) souligne que pour le maître viennois, c'est la faim, troublant à maintes reprises la paix du sommeil qui contraint le nourrisson à reconnaître l'existence du monde extérieur. L'épreuve de la non-satiété/satiété constitue le premier modèle de maîtrise des excitations externes. Une des premières, sinon la première tentative par le Moi primitif pour maîtriser la faim et les autres tensions consiste en *l'incorporation orale* : le nourrisson cherche à mettre les objets dans sa bouche. À l'origine, reconnaître la réalité signifie juger si une chose aide à obtenir une satisfaction ou si elle produit des tensions, c'est-à-dire si l'on doit l'avaler ou la recracher au dehors : «*Prendre-dans-la-bouche ou cracher-au-dehors sont, selon Freud, les fondements de la perception primitive.*⁸¹».

Ce que Freud appelle *moi-plaisir purifié* se constitue donc par une incorporation de tout ce qui est source de plaisir, et par une projection au-dehors de tout ce qui est déplaisir. L'opposition incorporer/expulser se traduit en une deuxième polarité, aimer/haïr : «*l'externe, l'objet, le haï, seraient au tout début, identiques. L'objet se révèle-t-il plus tard source de plaisir, il est alors aimé, mais également incorporé au moi, si bien que, pour le moi-plaisir-purifié, l'objet coïncide malgré tout de nouveau avec l'étranger, le haï.*⁸²» Ainsi, quand l'objet devient source de plaisir, s'instaure une tendance motrice qui cherche à rapprocher le dit objet du moi, et à l'incorporer dans le moi. L'objet exerce son attraction en tant qu'objet dispensateur de plaisir et grâce à cela, sera aimé.

En 1915, Freud décrit le processus d'introjection comme une sorte d'incorporation psychique, indiquant qu'en fait mettre dans la bouche représente la toute première relation aux objets pulsionnels. Nicolas Abraham et Maria Torok soulignent toutefois, dans *L'écorce et le noyau* (1978), la nécessité de

⁸¹ Otto Fenichel, *La théorie psychanalytique des névroses*, p. 167.

⁸² Sigmund Freud (1915), *op. cit.*, p. 181.

nuancer ces premiers constats, et proposent de revisiter le concept d'introjection⁸³. Ils nous invitent à relire un texte fondamental de Sandor Ferenczi, intitulé «Transfert et introjection» (1909)⁸⁴.

Dans cet article, pour mieux comprendre le caractère fondamental du psychisme des névrosés, Ferenczi compare leur comportement avec celui des déments précoces et des paranoïaques. Le dément, écrit-il, retire totalement son intérêt au monde extérieur, devient infantile et auto-érotique. Le paranoïaque essaye d'en faire autant, sans y parvenir entièrement : il est incapable de retirer son intérêt du monde extérieur, se contentant de rejeter cet intérêt hors de son Moi, soit, de projeter dans le monde extérieur ses désirs et ces tendances qu'il nie lui-même.

Dans la névrose, Ferenczi observe un processus diamétralement opposé : alors que le paranoïaque projette à l'extérieur ses pulsions, le névrosé chercherait à *inclure* dans sa sphère d'intérêts une part aussi grande que possible du monde extérieur, pour faire l'objet de fantasmes conscients ou inconscients. Ce processus d'inclusion, véritable processus de *dilution*, vise à atténuer la tonalité pénible des aspirations insatisfaites. Il s'agit d'un processus inverse à celui de la projection que cet auteur désigne par le terme *d'introjection*⁸⁵.

Ferenczi affirme donc que le névrosé, en quête perpétuelle d'objets d'identification, attire tout ce qu'il peut dans sa sphère d'intérêts : il s'intéresse à tout, répand son amour et sa haine dans le monde extérieur, tandis que le paranoïaque se referme, se sent haï ou aimé par le monde extérieur. Le Moi du névrosé serait donc pathologiquement dilaté, tandis que le paranoïaque

⁸³ Nicolas Abraham et Maria Torok, *L'écorce et le noyau*, Paris, Aubier Montaigne, 1987, p. 233.

⁸⁴ Sandor Ferenczi, «Transfert et introjection», Paris, Payot, 1968.

⁸⁵ *Ibidem.*, p. 111.

souffrirait d'un rétrécissement du Moi. Ces deux processus ne seraient que des exagérations des processus intrapsychiques universels qui se retrouveraient chez tout individu normal.

Trois ans plus tard, dans l'écrit «Le concept d'introjection» (1912), il aborde l'introjection comme l'extension au monde extérieur d'intérêts à l'origine auto-érotiques. Il s'agit d'une introduction des objets extérieurs dans la sphère du Moi. L'homme ne pourrait donc aimer que lui-même : aimer un autre équivaut à intégrer cet autre dans son propre moi : *«j'estime que le mécanisme dynamique de tout amour objectal et de tout transfert sur un objet est une extension du moi, une introjection.⁸⁶»*.

Nicolas Abraham et Maria Torok soulignent avec force que la notion d'introjection, élaborée par Ferenczi, comporte trois points importants : l'extension des intérêts auto-érotiques, l'élargissement du Moi par la levée des refoulements, et avec l'inclusion de l'objet dans le Moi. L'attention portée à ce triple mouvement par étayage, affirment-ils, permet d'éviter une *fausse synonymie* entre introjection et incorporation (ce que les propositions freudiennes avaient pu induire).

Notons qu'avec ces remaniements métapsychologiques, l'introjection se comprend comme un processus progressif d'inclusion d'un commerce objectal inconscient dans le Moi. L'introjection ne pourrait ainsi avoir comme moteur la perte effective d'un objet d'amour. Au contraire, une telle perte ne saurait qu'arrêter ce processus. *«La visée de l'introjection n'est pas de l'ordre de la compensation mais de l'ordre de la croissance, elle cherche à introduire dans le Moi, en l'élargissant, et enrichissant la libido inconsciente, anonyme ou*

⁸⁶ Sandor Ferenczi, «Le concept d'introjection», Paris, Payot, 1968, p. 35.

*refoulée.*⁸⁷ » Ce ne serait pas l'objet qu'il s'agirait d'introjecter, comme on le dit trop souvent, mais « *l'ensemble de pulsions et de leurs vicissitudes dont l'objet est l'à-propos et le médiateur.*⁸⁸ ».

Selon Abraham et Torok, la notion d'introjection réserve à l'objet un rôle de médiateur vers l'inconscient, opérant un va-et-vient entre le narcissique et l'objectal, entre l'auto et l'hétéro-érotisme. L'objet se présente comme le détenteur supposé de tout ce que le Moi requiert pour sa croissance, et à cause de cela demeure longtemps son centre d'intérêt. Il sera investi d'autant plus intensément qu'il porte en lui la promesse d'un enrichissement libidinal, tel serait le sens des états amoureux passionnés propres à l'enfance mais aussi, on l'aura compris, des addictions⁸⁹.

L'introjection serait donc à distinguer de l'incorporation. Cette dernière désigne, selon Abraham et Torok, un fantasme, et l'introjection un processus. Introduire dans le corps un objet, l'y détenir ou l'expulser, représenteraient des pratiques portant en elles autant de variantes fantasmatiques. Le *fantasme d'incorporation* viserait à réaliser une réparation en accomplissant au propre ce qui n'a pas de sens qu'au figuré : en l'absence de l'objet, l'incorporation obéirait au principe de plaisir, et tenterait de recouvrer sur un mode magique, la lacune créée par un objet qui s'est dérobé à sa mission.

L'objet incorporé, en lieu et place de l'objet perdu, rappellerait toujours de par son existence, et par l'allusion de son contenu, quelque chose de l'autre perdu. La très originale notion de *crypte*, introduite par Torok et Abraham,

⁸⁷ Abraham et Torok, *op.cit.*, p. 236.

⁸⁸ *Ibidem.*, p. 237.

⁸⁹ Dans cette perspective, la fonction essentielle de l'objet, lorsqu'il joue le rôle de médiateur dans l'introjection des pulsions, entre l'inconscient et le Moi, ne serait pas de servir à la satisfaction pulsionnelle, mais de représenter un *pôle du Moi* en voie de constitution.

signifie que tous les mots qui n'auront pu être introjectés, toute la douleur qui n'aura pu être symbolisée, sera incorporée et *mise en conserve*. Un deuil indicible installerait à l'intérieur du sujet un *caveau secret* : dans la crypte reposerait *vivant* le corrélat de la perte ainsi que les moments traumatiques qui avaient rendu l'introjection impraticable.

Suivant les postulats de ces mêmes auteurs, Gérard Pirlot conclut que l'addiction, comprise comme un *fantasme d'incorporation*, cherche à gommer l'échec de l'introjection et celui du deuil de l'objet. Le lieu principal de l'obstacle serait la bouche. Le passage décisif de l'incorporation s'effectuerait au moment où les mots de la bouche, ne comblant pas le vide du sujet, déterminent l'inclusion d'une chose imaginaire dans une tentative de compensation. Toute addiction aurait une vocation nostalgique.

Une mauvaise structure encadrante maternelle entraînerait, selon Pirlot, des ratés de l'hallucination négative de la mère comme matrice de représentations. La détresse du nourrisson, qui se confondrait avec l'excès toxique d'un trop affects, ne permettrait pas la *différenciation* des stades libidinaux et des instances psychiques. Dans le cas de nourrissons ayant subi passivement des débordements d'excitations de tous ordres, n'ayant pris fin que grâce à des décharges d'une extrême brutalité, la quantité constituée en trauma sera la voie psychique privilégiée⁹⁰.

L'addiction témoignerait d'une impossible séparation d'avec le premier objet maternel, en même temps qu'une déficience dans la différenciation des affects et des sensations corporelles. L'objet de l'addiction apparaît paradoxalement comme un objet de survie, telle la mère de la première année de vie : « *Avoir une passion pour la drogue représente une façon régressive de*

⁹⁰ Gérard Pirlot, *op. cit.*, p. 36.

vouloir, comme le bébé, retrouver l'objet primaire de l'époque pré-historique des premiers mois de la vie où les relations entre mère et nourrisson étaient celles de la non différenciation, corps/psyché, dedans/dehors, soi/non-soi, sujet/objet.⁹¹».

L'originalité de Pirlot tient à ce qu'il cherche à cerner la clinique des addictions à la lumière d'une théorie psychosomatique de ces symptômes, et à saisir les liens entre impulsions toxicomaniaques et maladie du corps. Plus précisément, il cherche à vérifier l'hypothèse selon laquelle des pathologies auto-immunes apparaissent souvent lorsque les cures de désintoxication se terminent, laissant ainsi penser à une forme de continuité entre ces types de maladies. Il souligne que les médecins se butent depuis longtemps dans les programmes de sevrage alcoolique à des types de réactions pathogènes comme l'hyperactivité du système nerveux végétatif ou l'excitation neuronale de type delirium tremens. Dans le même sens, il serait fréquent d'observer l'apparition de maladies auto-immunes comme l'asthme ou l'eczéma lorsque des patientes anorexiques sont hospitalisées et sont séparées de leur milieu familial. En outre, il cite le "paradoxe français" que les alcoologues et épidémiologues modernes découvrent, à savoir, l'effet protecteur d'une consommation modérée d'alcool sur les maladies cardio-vasculaires⁹².

Et abordant la question des pathologies organiques post-abstinence, Pirlot soulève la question d'un possible effet traumatique introduisant une rupture de l'homéostasie psychosomatique. Il pense que certains types de trauma auraient laissé subsister un *Self somatopsychique* clivé de la conflictualité intrapsychique. Ces trauma auraient laissé des traces entretenant une confusion entre *Soi psychique* et *Soi immunologique*.

⁹¹ *Ibidem.*, p. 16.

⁹² *Ibidem.*, p. 11.

Tentons d'illustrer la thèse d'un rapport entre addiction et somatisation avec un exemple de notre propre clinique :

J'avais de la difficulté à respirer, me dit un patient cocaïnoman, je sentais que ma gorge se serrait, que ma mâchoire se crispait, mon rythme cardiaque augmentait... J'ai un tempérament de party, quand j'ai trop de stress, je consomme... sur le moment je m'en fous des conséquences mais après je ressens beaucoup de culpabilité... parfois je me déteste quand je me vois dans le miroir, je fais des eczémas, avant je faisais de l'acné... J'ai peur de décevoir, de perdre l'amour des autres... j'ai aucune estime de moi.

Dans cette illustration, il est possible d'entrevoir que le patient somatise un conflit intrapsychique qui ne peut pas être symbolisé. Enfin, les addictions, toxicomanies et maladies auto-immunes représenteraient autant de formes de passions de l'enfant n'ayant pas pu avoir accès à des capacités symboliques de métaphorisation suffisantes.

3.3 UN OBJET AGGLUTINÉ

José Bleger est un autre des auteurs qui étudie la question de la dépendance psychique extrême. Dans son ouvrage, *Symbiose et ambiguïté* (1981), il soutient que cette problématique repose sur une perturbation du processus de projection/introjection. L'individu ne naît pas comme un être isolé, affirme-t-il, soulignant au contraire un état d'indifférenciation primitive avec l'objet primaire qui serait le point de départ de tout développement humain. Au lieu de chercher comment l'enfant entre en relation avec le monde extérieur, on devrait plutôt examiner donc comment il pourra sortir d'un type de relation fusionnelle avec sa mère, pour parvenir au développement d'un *Soi* séparé, et au

«développement de l'identité et du sens du réel.⁹³».

L'hypothèse de Bleger s'appuie sur les postulats fondamentaux de Mélanie Klein concernant la *position schizo-paranoïde* et la *position dépressive*. La position schizo-paranoïde désigne une modalité de relation d'objet spécifique du nourrisson âgé de trois ou quatre mois, mais qu'on pourra observer ultérieurement dans le cours de l'enfance et chez l'adulte, notamment dans les états paranoïaques et schizophréniques. Évoquons rapidement les caractéristiques de cette position : 1. Prédominance d'une relation d'objet partiel, dans laquelle les expériences de gratification et de frustration seraient perçues et maintenues séparées comme si elles correspondaient à deux objets différents. L'objet partiel (le sein maternel en étant le prototype) serait clivé entre le bon et le mauvais, ceci non seulement parce que le sein maternel gratifie ou frustre l'enfant, mais surtout parce que l'enfant projette sur lui son amour ou sa haine. 2. La libido et l'agressivité seraient d'emblée présents, et unies d'une manière particulièrement forte dès le premier stade oral de la succion. Il s'agirait de pulsions sadiques orales : dévorer, déchirer. 3. Les processus psychiques prévalents seraient l'introjection, la projection, et l'angoisse intense de nature persécutrice.

Dans ce modèle théorique, le sein, dans la mesure où il gratifie, est aimé, et quand il est vécu comme une source de frustration, est haï et perçu comme mauvais. Le *bon objet* sera idéalisé parce qu'il est capable de procurer une gratification illimitée, immédiate, sans fin, et son introjection défendra l'enfant contre une angoisse persécutrice, fruit de la frustration. Le *mauvais objet* est à l'inverse un persécuteur terrifiant, son introjection fera courir à l'enfant des risques internes de destruction. Ce *clivage* de l'objet bon et mauvais donnera à la vie émotionnelle du bébé une grande instabilité, et les mécanismes *d'introjection* et de *projection* contribueront à créer une relation double avec

⁹³ José Bleger, *Symbiose et ambiguïté*, Paris, PUF, 1981, p. 16.

l'objet primitif. Par introjection, les seins bons et mauvais iraient constituer le noyau du surmoi. Par projection, l'enfant expulserait ses pulsions amoureuses ou destructrices à l'extérieur : le mauvais sein risquera alors de dévorer l'enfant avec une voracité égale à celle de ses désirs⁹⁴.

Le bon et le mauvais objet qui résultent du clivage acquerront une autonomie relative l'un par rapport à l'autre et tous deux seront soumis aux processus d'introjection et projection. À la fin de la période schizo-paranoïde, les pulsions destructrices et l'angoisse de persécution tendront à perdre leur pouvoir, tandis que l'angoisse dépressive augmentera, et que les pulsions urétrales, anales et génitales gagneront en force, bien que les pulsions et les désirs oraux prédomineront⁹⁵.

C'est à partir de son étude du *transfert des psychotiques* que Bleger est amené à penser que, dans ces cas, la relation d'objet ne présente pas les caractéristiques que l'on sait être celles de la relation d'objet partiel ou total. Il en arrive à conclure que ce qui caractérise ces cas n'est autre chose que leur propriété *symbiotique*, que l'on retrouvera dans une certaine mesure dans toute cure analytique. En plus des positions fondamentales décrites par Mélanie Klein, il serait possible, affirme l'auteur, de distinguer une troisième position antérieure aux deux premières : la *position glischro-carique* (glischro : visqueux, et caryon : noyau). Dans cette position, il s'agirait d'une relation à un objet qui, en raison de ses propriétés est désigné comme un «*objet agglutiné*» ou *glischoïde*. Cet auteur postule que la différenciation d'éléments isolés s'obtiendrait progressivement à partir d'une discrimination opérée à l'intérieur d'un *noyau agglutiné*, processus qui commencerait à se manifester dès les premiers moments de la vie.

⁹⁴ Jean Laplanche, *Vocabulaire de la psychanalyse*, p. 318-319.

⁹⁵ Roland Chemama, *Dictionnaire de la psychanalyse*, p. 322.

L'objet agglutiné n'impliquerait pas une vraie relation d'objet mais une dynamique d'un objet comprenant des bonnes parties et des mauvaises parties qui ne sont ni différenciées ni discriminées, impliquant une absence de délimitation entre moi et non-moi, intérieur et extérieur, psyché et soma. En mettant en rapport les phénomènes symbiotiques avec la relation fusionnelle primitive mère-enfant, Bleger postule que la relation à un objet agglutiné est un résidu des expériences les plus primitives, constituant la *partie psychotique* de la personnalité. La persistance de la dépendance symbiotique et de son intensité dépendrait de l'ampleur de ce noyau psychotique.

En outre, l'objet agglutiné présenterait la particularité de se mobiliser *en bloc*, provoquant à l'intérieur du Moi le plus intégré des anxiétés à caractère catastrophique, extrêmement intenses et massives, contre lesquelles n'agiraient que les défenses les plus primitives : dissociation, projection et immobilisation, au maximum de leur intensité. C'est pourquoi la symbiose tendrait à établir une relation permettant *l'immobilisation* et le *contrôle* de l'objet agglutiné, vécu comme menaçant de provoquer l'anéantissement total et immédiat du Moi du sujet.

Le phénomène symbiotique reposerait sur le processus *d'identification projective* tel qu'élaboré par Mélanie Klein. L'identification est comprise comme une prise à l'intérieur du soi, d'aspects d'une représentation de l'objet, la *projection* est un déplacement dans la direction opposée, c'est-à-dire que des aspects de la représentation de soi sont transférés à, et deviennent partie de la représentation d'objet. *L'identification projective* comportera de la projection, dans la mesure où il s'agit d'une identification de l'objet avec des parties clivées du soi. Quand le processus se déplace dans la direction opposée, soit, vers l'identification du sujet avec des aspects de l'objet, M. Klein parle *d'identification introjective*. Dans l'identification projective tout se passerait à l'intérieur du déposant (sujet), car l'action de déposer (projeter), n'altère ni ne

modifie la conduite du dépositaire (objet)⁹⁶.

Selon Bleger, l'un des traits caractéristiques de la symbiose est la coïncidence entre l'objet intérieur projeté et le rôle assumé par le dépositaire. La symbiose serait fondée sur des *projections massives, agglutinées, et immobilisées dans le dépositaire*. Cet auteur insiste sur la notion de contrôle des objets dans lesquels une partie du Moi a été projetée. Ce dont le sujet veut se débarrasser à l'intérieur de lui, il peut en disposer par identification projective : contrôler l'objet peut alors donner l'illusion inconsciente de contrôler l'aspect indésirable et projeté du Moi⁹⁷.

Évoquons un exemple clinique où la symbiose apparaît comme une bulle d'indifférenciation dans laquelle une relation compulsive à un objet agglutiné de fusion s'accompagne d'un besoin de contrôle. Denis consomme de l'alcool et de la cocaïne depuis de nombreuses années, il vient de se séparer de sa conjointe, et nous dit :

On était un couple fusionnel, on n'était pas dans la réalité mais dans un autre monde... on passait des mois sans voir personne d'autre... Notre relation était beaucoup basée sur le sexe, on dépassait les limites, on était loin ... parfois on passait toute la journée à faire l'amour... on s'était entendus de ne jamais se masturber seul en dehors de la présence de l'autre... J'étais passionné, je l'appelais jusqu'à trente fois par jour... on aimait être dans notre bulle, on s'est perdu là dedans... Elle était dépendante affective... elle se contentait de peu, je n'avais aucune exigence de sa part... moi, j'étais très contrôlant, devant moi elle s'écrasait comme un tapis... Je n'ai pas de ligne de conduite, je suis très fusionnel... je suis dépendant de l'internet et des films porno... Elle me faisait sentir que j'étais quelqu'un, quand je suis seul je ne suis pas quelqu'un.

⁹⁶ Joseph Sandler, *Projection, introjection et identification projective*, Paris, PUF, 1991, p. 31.

⁹⁷ *Ibidem*, p. 48.

Dans ce chapitre, nous avons pu voir que l'addiction est une *pratique de l'incorporation*. Toutefois, l'incorporation ne se limiterait à l'oralité proprement dite ni à une régression au stade oral : les conduites de l'addiction nous ramèneraient à une étape très archaïque de la constitution du Moi, que Freud désigne par la recherche du *moi-plaisir purifié*. Toute addiction renverrait à un stade primaire où tout ce qui est occasion de plaisir est recherché, aimé, et incorporé au moi, tandis que ce qui est source de déplaisir est rejeté, et haï.

Pour Nicolas Abraham et Maria Torok, les mécanismes d'incorporation et d'introjection, au début confondus, vont se différencier graduellement jusqu'à devenir opposés : le premier constituera un fantasme et le deuxième un processus. Le *fantasme d'incorporation* désignera une sorte de compensation à un défaut d'objet interne, expérience défailante, voire traumatique de l'objet primaire et concomitante des premiers échanges entre mère/nourrisson.

L'apport essentiel de José Bleger, quant à lui, concerne ce qu'il nomme la *symbiose*. La problématique de l'addiction renverrait à la partie psychotique de la personnalité, formée des identifications les plus primitives, la où n'est pas encore établie une discrimination entre le Moi et le non-Moi. Ce noyau psychotique constituerait l'organisation psychique la plus primitive du Moi, comprise comme une absence de discrimination entre la psyché et le corps, entre l'enfant et sa mère, puis plus tard entre le sujet et les autres. Le phénomène de la dépendance extrême serait une des manifestations de l'emprise de ce noyau sur la personnalité.

3.4 LA NOTION D'OBJET TRANSITOIRE

Joyce McDougall, dans *Les théâtres du Je* (1982), remarque que dans les dictionnaires anglais-français, le seul mot qui traduit le terme addiction est toxicomanie. Elle insiste sur la notion d'esclavage implicite dans l'étymologie du terme :

*J'ai choisi le terme anglais d'addiction plutôt que son équivalent toxicomanie parce qu'il est plus parlant d'un point de vue étymologique. Addiction renvoie à l'état d'esclavage, donc à la lutte inégale du sujet avec une partie de lui-même, tandis que la toxicomanie indique le désir de s'empoisonner.*⁹⁸

Le retour à l'étymologie permet, pense cet auteur, de penser que le sujet est l'esclave de son addiction pour échapper à la douleur mentale, et que bien qu'il puisse se sentir soumis à son objet, ce qu'il cherche avant tout, c'est le plaisir et non pas de se faire du mal.

Dans «L'économie psychique de l'addiction» (2001), Joyce McDougall avance que la quête du sujet est en l'occurrence celle du *bon objet*, celui qui lui procure du bien-être et rend *l'angoisse* plus supportable. Dans le cas d'addictions plus graves, un tel objet pourrait être vécu comme le seul susceptible de donner sens à la vie. Elle reconnaît toutefois que ces conduites *de fuite* existent à des degrés divers chez tout un chacun, et que cette économie psychique ne deviendrait problématique que dans les cas où elle serait la seule solution dont le sujet disposerait pour supporter la douleur psychique :

⁹⁸ Joyce McDougall, *Les théâtres du Je*, Paris, Gallimard, 1982, p. 55.

Quand des événements intérieurs ou extérieurs dépassent notre capacité habituelle de contenir et d'élaborer les conflits suscités, nous avons tendance à manger, fumer, boire plus qu'à l'habitude, à prendre des médicaments, à la recherche d'un état d'oubli provisoire, ou bien à nous jeter dans des relations, sexuelles ou autres, avec la même visée.⁹⁹

Le sentiment d'urgence qui sous-tendrait la conduite d'addiction serait le besoin de se débarrasser de tout sentiment d'angoisse, de colère, de culpabilité, voire de sentiments en apparence agréables ou excitants, mais qui sont vécus inconsciemment comme défendus ou dangereux. Avec la découverte de la solution addictive, le sujet chercherait compulsivement à la retrouver dans toutes les situations de souffrance psychique. En ce sens, l'addiction impliquerait toujours la co-occurrence de douleur et de plaisir.

Cherchant à comprendre les origines de l'addiction dans l'économie psychique subjective, et postulant classiquement que les premières relations mère-enfant sont décisives pour le fonctionnement psychique, cet auteur aura recours au modèle de la relation d'objet et au concept de *phénomène transitionnel*, tel que proposé par Donald Winnicott¹⁰⁰. On se souvient que la notion d'objet et de phénomène transitionnel est conceptualisée par Winnicott selon trois axes : comme une étape du développement affectif normal de l'enfant, comme une défense contre les angoisses de séparation et, enfin, comme un espace psychique, un champ neutre d'expérience relevant de l'aire du jeu et de l'illusion.

À partir de l'observation des nourrissons, Winnicott constate qu'entre quatre et douze mois, l'enfant s'attache à un objet particulier (jouet, peluche, coin de couverture, bouchon de laine, serviette, etc.) qui acquiert pour lui une

⁹⁹ Joyce McDougall, «L'économie psychique de l'addiction», Paris, PUF, 2001, p.75.

¹⁰⁰ D. Winnicott examine minutieusement ce qu'il appelle la *constellation mère-nourrisson*, en particulier dans un article de 1953, intitulé «*Transitional Objects and Transitional Phenomena*» (Objets transitionnels et phénomènes transitionnels).

valeur primordiale ; cet objet est manipulé, suçoté, caressé et devient indispensable surtout au moment de l'endormissement. Selon cet auteur, *l'objet transitionnel* a pour fonction de permettre au nourrisson d'effectuer la transition nécessaire entre la première relation orale à la mère et une véritable relation objectale, et est destiné à protéger l'enfant de l'angoisse de séparation. Un objet serait transitionnel parce qu'il marque le passage chez l'enfant d'un état où il est uni au corps de la mère, à un état où il peut reconnaître la mère comme différenciée de lui : il y aurait là une transition de la relation fusionnelle (non-Moi) vers une symbolisation de la réalité objectale (Moi), et un passage graduel de la subjectivité vers l'objet.

Jean Laplanche, commentant l'ouvrage de Winnicott, nous précise que sur le plan génétique, l'objet transitionnel se situe entre le pouce et l'ours en peluche. Cet objet se situe dans l'aire de l'illusion et du jeu : bien qu'il soit possédé par le nourrisson en tant que substitut du sein, il n'est pas reconnu comme faisant partie de la réalité extérieure. L'objet vient de l'extérieur, mais l'enfant ne le conçoit pas ainsi, mais il ne vient pas non plus de l'intérieur, il n'est pas une hallucination. Les objets transitionnels désigneraient donc une aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu¹⁰¹. L'objet transitionnel garderait longtemps sa valeur, et sa fonction ne serait jamais abolie dans la suite du développement de l'individu. Il resurgirait entre la réalité interne subjective et la réalité externe partagée, par exemple dans le domaine de la culture, l'art, la religion, la production scientifique.

Joyce McDougall affirme que l'objet transitionnel peut connaître une évolution anormale dans ce qu'elle nomme la *naissance de la relation Je-monde*, à un moment évolutif de la psyché où le Je infantile acquière

¹⁰¹ Jean Laplanche, *Vocabulaire de la psychanalyse*, p. 127.

progressivement la capacité de se différencier des autres Je, et de maintenir l'image de l'objet absent. L'addiction désignerait «*une pathologie dans la maturation normale des phénomènes transitionnels, dans cette étape intermédiaire où le petit enfant crée un objet ou une activité, dotés imaginativement des qualités de la présence maternelle.*¹⁰²».

Un risque pourrait survenir lorsque l'enfant ne parvient pas à acquérir *une représentation d'une mère soignante*, laquelle normalement doit lui donner accès à la capacité de s'identifier à elle, afin de supporter affectivement son absence et les états de souffrance psychique qui s'en suivront. Le sujet qui n'arrive pas à une telle représentation interne restera incapable de supporter les moments de tension, de sorte qu'il cherchera une solution afin de *pallier le manque des introjects soignants*. Une telle solution sera cherchée dans le monde de la réalité externe : nourriture, drogues, jeu, relation aux autres, etc., qui pourraient temporairement pallier toutes les formes de stress psychique, soit, *remplir une fonction maternelle* que la personne sous addiction est incapable de remplir pour elle-même.

Dans l'addiction, les objets prendraient la place des objets transitionnels qui auraient dû libérer l'enfant de son lien de dépendance à sa mère. À la place de l'objet transitionnel manquant, le Je s'accrocherait à ce que McDougall nomme un *objet transitoire*, toujours à recréer et toujours dehors et sans lequel le sujet risquerait de se vivre comme pas tout à fait réel, comme vide. Un tel objet de remplacement serait transitoire dans le sens où il n'a ni la signification ni le destin d'un véritable objet transitionnel : les objets échoueraient nécessairement dans leur fonction compensatoire puisque aucun objet du monde réel ne peut réparer les manques du monde interne. La dimension compulsive du comportement constituera une tentative de solution, réponse somatique plutôt

¹⁰² *Ibidem.*, p. 58.

que psychique à la douleur mentale.

En outre, si le processus de séparation a été entravé par l'entourage ou par les problèmes inconscients des parents, l'enfant risquera de n'avoir pour seul recours que celui du clivage, une partie de lui se renfermant sur son monde subjectif interne, une autre partie se tournant vers le monde extérieur, mais sur la base d'une adaptation complaisante à ce qui est demandé par les autres, adaptation tout à fait détachée de sa réalité psychique intime. Pareil clivage créerait une potentialité addictive, soutiendra McDougall.

En essayant de résumer les images maternelles des patients souffrant de compulsions alimentaires, et notamment de boulimie, cet auteur remarque qu'ils attribuent fréquemment deux caractéristiques contraires à la mère interne : d'une part, elle est décrite comme quelqu'un qui refuse le moindre contact corporel, ce qui pourrait être interprété comme une terreur de la mère d'être dévorée, absorbée et vidée par son bébé, et d'autre part, elle est perçue comme surprotectrice et dépendante. De plus, ces mères seraient très concernées par les souffrances physiques de leurs enfants, tout en étant incapables d'entendre et de comprendre leurs douleurs psychiques.

De telles images reflèteraient l'ambivalence fondamentale envers l'objet transitoire, ressenti à la fois comme extrêmement bon et extrêmement mauvais. Les objets d'addiction, même s'il s'agit de personnes, seraient traités comme des objets-choses et l'intensité de la demande qui leur est adressée, impossible à satisfaire, serait proportionnelle à la rage destructrice sans bornes que cette situation suscite. L'analyse des personnes souffrant d'addiction montrerait l'existence de sentiments de confusion, voire de dépersonnalisation, et de désirs très destructeurs envers la mère, tout en étant accompagnés du fantasme de se

fusionner complètement avec elle¹⁰³.

Un exemple clinique évoqué dans le premier chapitre est ici pertinent :

Je ne peux pas m'arrêter, disait Jacques, ne pas me fixer au sexe, ne pas agir... j'ai l'impression de consommer l'autre sans pouvoir me contrôler... je ressens un besoin irrésistible de m'évader, de me défouler, de dépenser mon énergie... Surtout quand je suis stressé, je consomme de la cocaïne pour ne pas penser à des choses négatives, pour m'enfuir, ça m'angoisse de trop penser... la drogue accentue ma bonne humeur et crée une bulle de protection... si je pense, ça pète ma bulle qui me protège.

Dans cet exemple, l'activité sexuelle frénétique révèle un partenaire qui ne joue qu'un rôle réduit en tant que personne : dépossédé de sa subjectivité propre, il est *consommé* compulsivement pour réguler les tensions, utilisé comme une drogue apaisante qui permet de disperser à travers l'action, l'impact de certaines expériences émotionnelles génératrices de souffrance. Le caractère contingent de l'objet sexuel nous incite à penser qu'il n'a pas la signification d'un objet transitionnel, car ce dernier serait susceptible de devenir le dépositaire privilégié de l'amour et de la haine du sujet. Chez Jacques, la représentation symbolique, condition pour maintenir en soi l'image de l'objet absent et supporter l'angoisse, semble défaillante. La présence massive (et concrète) du partenaire sexuel est destinée à éviter la douleur causée par son absence non représentable.

Citons un autre exemple. Daniel, gravement alcoolique, commenta :

¹⁰³ *Ibidem*, p. 19.

Ma mère est encore là, elle a eu une grande influence dans la formation de ma personnalité... j'ai eu un problème avec elle, je me sens rejeté, abandonné, je n'ai pu entrer en contact avec elle... Ma mère n'était pas capable de me nommer par mon nom, elle m'appelait par un autre nom, je me sens dépersonnalisé, inexistant, vide, non-être... je me demande si les autres s'adressent à moi quand ils me parlent... heureusement le vin m'aide... Je ressens beaucoup de colère vis-à-vis de ma mère, pourtant, je suis quelqu'un de soumis, je cède pour ne pas avoir de discussions, je ne fais pas valoir mes droits... c'est pareil avec ma fille, je deviens comme mou, je lui donne tout, elle a du contrôle sur moi... je suis comme un homme rose, je ne suis pas une personne qui sait dire non... je ne suis pas capable de me tenir des deux jambes tout seul... je cherche à avoir l'assurance que quelqu'un me dise, oui je t'aime.

Dans cet exemple, on note la défaillance des représentations internes d'une mère soignante, capable d'accorder une identité propre à son fils. On peut supposer que l'alcool est appelé à remplir une fonction maternelle manquante, celle de rendre au sujet un sentiment d'être réel, vivant, et à colmater les trous de sens concernant sa propre identité et sa façon de penser le monde.

Joyce McDougall comprend donc l'addiction comme une réponse à une souffrance psychique remontant souvent à la prime enfance : pour faire face aux blessures du passé, ces sujets trouveraient dans l'addiction un analgésique. Le caractère provisoire de cette solution déterminerait la dimension compulsive de la conduite. Lorsque le processus de constitution de l'objet transitionnel s'est trouvé entravé, peut naître chez le sujet une potentialité addictive : à la place de l'objet transitionnel manquant, le *Je* s'accrocherait à un objet *transitoire*, une drogue, une activité, autant de succédanés transitoires. Faute d'avoir pu créer des objets transitionnels authentiques, les sujets sous addiction feraient des autres leurs proies pour les enfants en danger d'annihilation qu'ils sont.

CONCLUSION

L'interrogation psychanalytique sur les pathologies de la dépendance extrême qu'expriment les addictions et toutes les sortes de toxicomanies, nous l'avons vu, est complexe et profonde. Insuffisamment connue des milieux soignants, et à plusieurs égards insuffisamment connue des cliniciens psychanalystes eux-mêmes, la réflexion théorique qui s'est élaborée depuis Freud sur cette question est néanmoins d'un apport essentiel.

Reprenons-en quelques points de repère. Le premier modèle freudien des *névroses actuelles*, nous l'avons constaté, pensait l'addiction comme une pathologie somatique résultant d'une forme d'intoxication interne. Ce que Freud qualifiait de névroses actuelles était compris comme résultant d'un *excès* et d'un *surplus* d'excitations dans l'organe psychique. Il postulait l'existence en quelque sorte de *déchets toxiques* produisant une difficile métabolisation des pulsions, et une fuite vers le corps. Le trauma, par exemple, était pensé à l'équivalent d'un excès d'excitations indigérables psychiquement qui induisaient une carence de sens et donnaient lieu à certaines entités morbides de nature psychosomatique, dont l'addiction.

Il est tout à fait remarquable que Freud ait situé très tôt la question de la toxicité comme un en dehors de l'élaboration psychique. Le modèle des névroses actuelles suggère en effet que le toxique échappe à la capacité de la mise en sens, il appartient chez le sujet au champ du «réel». Ainsi, la sexualité sera-t-elle susceptible de devenir *toxique* lorsque le corps n'est plus enrobé par le rêve et le fantasme, et lorsque la sexualité n'est plus prise en charge dans le langage. Quand l'excitation n'est pas maîtrisée par le fantasme, elle peut être directement dérivée vers le soma.

Chez Freud, les pathologies somatiques, dont feraient partie à plusieurs égards les addictions, semblent impliquer un passage problématique d'une sexualité d'organe physiologique à une libido psychique. Nous avons vu que la plupart des auteurs qui à la suite de Freud reprendront la question de l'addiction, se centreront précisément sur les impasses de la libido psychique. La sexualité psychique ne s'inscrit pas dans un lien de continuité avec la sexualité somatique, mais entretient avec celle-ci un lien hétérogène : les cas d'addiction et les somatisations font intervenir une énergie pré-pulsionnelle, non encore organisée en pulsion subjectivement représentable.

Dans le cas des addictions, la pulsion semble perdre sa qualité psychique pour ne plus être qu'un affect dont l'intensité se transfère sur des systèmes moins organisés que le système psychique, par exemple les systèmes immunitaires ou hormonaux. Cette perspective rejoint l'hypothèse freudienne selon laquelle la genèse des pathologies somatiques répond à un mécanisme de sécrétion interne de substances pouvant devenir toxiques. On notera incidemment que ces hypothèses trouvent aujourd'hui un grand intérêt du fait des découvertes des neurosciences : le «vieux» modèle des névroses actuelles semble ouvrir sur un renouveau du dialogue entre psychanalystes et neurobiologistes, dans la mesure où ce modèle offre une base biologique à un inconscient différent de l'inconscient refoulé.

Les addictions sont des pathologies de l'excès. Elles amènent à penser que là où un obstacle interne empêche la traduction psychique d'un affect, un processus d'innervation motrice ou sécrétoire se déclenche, pouvant nécessiter, faute de traduction et de qualification psychique suffisante, une quête (ou une recherche d'abolition) de la sur-excitation. Tout se passe comme si les addictions étaient l'équivalent d'un acte involontaire, parfois léthal, conçu par l'organisme en vue d'une défense désespérée visant à empêcher l'irruption d'un affect intolérable. Sous prétexte d'évacuer un excès d'excitation ressentie dans

le corps, le sujet tenterait de maintenir le plus inerte possible sa vie fantasmatique. Il viserait à inscrire un continuum entre plaisir et mort psychique, ce que serait l'extase de l'addiction, dans ce cas extase mortifère de la compulsion de répétition.

Si nous suivons bien la théorie première des névroses actuelles, il apparaît que les personnes sous addiction traitent leur organisme comme si certaines pensées touchant à la sexualité pouvaient être neutralisées par l'accrochage compulsif à un objet-drogue ou à une activité-drogue, comme si le *corps étranger* d'une sexualité impensable ne pouvait être contre-investi que par une source toxique externe. En soutenant une économie de l'homéostasie par l'excès d'excitation, Freud suggère que les addictions ressemblent à des tentatives désespérées de conserver l'organisme vivant, même si paradoxalement elles le détruisent.

Dès 1905, les élaborations freudiennes permettent d'envisager *l'auto-érotisme* comme une condition fondamentale de symbolisation du manque de l'objet, de son absence ou de sa perte. Tout défaut ou défaillance chez l'enfant dans la constitution de son autoérotisme aurait des conséquences traumatiques sur l'établissement de sa capacité à symboliser, à lier l'excitation, et à tolérer l'attente. L'avènement de l'autoérotisme serait à rattacher à la *perte* et à *l'introjection* de l'objet caractéristique du stade oral et concomitant des premiers échanges (d'amour) tactiles entre la mère et le nourrisson. La pulsion deviendrait autoérotique une fois mise en place la séparation des pulsions d'autoconservation et des pulsions sexuelles d'une part et, une fois mise en place la distinction organe-sein-mère, d'autre part.

Nous avons vu que la stabilisation de l'objet primaire, ordonnateur de la future subjectivité, dépend des modalités de son introjection. Si celle-ci a été défaillante, une fois le stade oral dépassé, la conduite d'addiction permettrait

l'illusion d'un maintien du lien narcissique avec l'objet dont on ne peut pas faire le deuil. Dans le cas de l'addiction, le Moi, réprimant les pulsions, pourrait utiliser le corps et les sensations-perceptions comme une sorte de substitut autoérotique plutôt qu'utiliser la voie fantasmatique.

Il semble ainsi évident dans le corpus métapsychologique que les problématiques de l'addiction paraissent renvoyer à une défaillance psychique, *en-deçà* de l'autoérotisme, d'autant plus qu'il n'y aurait pas de construction subjective sans autoérotisme. Ces pathologies impliqueraient essentiellement la prééminence d'une sexualité archaïque caractérisée par un état d'indifférenciation entre le somatique et le psychique, entre la quantité et la qualité, entre le Moi et le non-Moi : les effets du corps et du psychisme confondus permettraient à un sujet d'être l'acteur d'un mouvement d'auto-effraction corporelle par la mise en lui d'un *corps étranger*, qu'il tenterait de contrôler. Dans ces cas, la dimension psycho-sexuelle se maintiendrait en deçà du conflit œdipien, pour être ramenée à un conflit beaucoup plus archaïque, celui du conflit d'altérité devant la toute-puissance maternelle. C'est en ce sens que les problématiques de la toxicomanie en général, sont toutes des problématiques psychiques de l'archaïque.

L'objet de l'addiction est un objet insuffisamment constitué en tant qu'objet de désir. Il évoque, sans jamais pouvoir y parvenir, un idéal d'indépendance et d'autonomie à l'égard de l'autre. Pourtant, il se présente davantage comme l'effet d'une impossibilité de nier l'absence structurale d'un objet adéquat au désir, que comme une stratégie adéquate pour surmonter le manque : dans l'addiction il y aurait impossibilité de transformer l'incorporation de l'objet primaire manquant plutôt que déni ou refus de cette perte. En outre, le caractère tant puissant conféré à l'objet-drogue serait déterminé par un état d'indifférenciation où la toute-puissance imaginaire est à son comble.

La clinique et la littérature psychanalytique montrent que l'addiction est susceptible de se greffer sur des structures de personnalité diverses. Ce point, essentiel, nous fait nous demander si les addictions peuvent être rassemblées dans une catégorie clinique homogène. Nous serions plutôt enclins à penser que les addictions appartiennent à la psychopathologie du quotidien, et qu'il existe une multitude d'expressions intermédiaires entre des solutions de dépendance «ordinaire», et l'extrême dépendance.

La question de la cure des patients sous addiction demeure entière. Elle adresse à la clinique, que celle-ci soit analytique ou autre, des défis considérables. Si la théorie psychanalytique fait montre d'une compréhension d'une profondeur incomparable sur la psychogenèse de ce type de comportements, il n'en demeure pas moins que ces patients ne fréquentent pas en général les cabinets des analystes. De surcroît, ils constituent le type même d'indications de traitements qui impliquent un remaniement du cadre classique de la cure-type.

En réalité, les patients toxicomanes, jeunes adultes ou non, qui sont de plus en plus fréquents dans les cliniques de quartier, les CLSC et autres centres de soins, semblent particulièrement difficiles à traiter, d'une part parce que le symptôme n'est sans apporter des bénéfices secondaires, et d'autre part parce que leur problématique nécessite un lent travail progressif dans les couches les plus profondes de la psyché. Le degré d'intolérance aux frustrations et les *acting out* constants, qui sont les caractéristiques principales de ce genre de patients, semblent être une contre-indication du cadre «classique» de l'analyse. Ces personnes auraient besoin d'une «technique» d'intervention très modifiée.

A tous ces égards, on peut dire que les problématiques psychiques de l'addiction, après l'approfondissement théorique dont elles ont fait l'objet, constituent aujourd'hui pour la clinique psychanalytique un enjeu de recherche

des plus importants. Mais, aussi difficiles soient-elles du point de vue du thérapeute, elles constituent aussi une des voies cliniques privilégiées d'accès aux temporalités de l'archaïque, aux tout premiers stades de la relation orale nourrisson/sein, aux tout premiers stades de la relation mère/nourrisson, et à l'entrée pour la psyché dans les phases de l'auto-érotisme et de la constitution d'un objet primaire internalisé.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, Nicolas, et Maria Torok. 1978. *L'écorce et le noyau*. Paris : Aubier-Flammarion, 1978, 479 p.
- American Psychiatric Association. 2007. *Manuel diagnostique et statistique des troubles Mentaux (DSM IV-R)*. Washington DC : Éd. Masson, 2007, 4^e éd., 1065 p.
- Aulagnier, Piera. 1979. *Les destins du plaisir*. Paris : Presses universitaires de France, 1979, 268 p.
- Bizouard, Elizabeth. 1995. *Le cinquième fantasme : auto-engendrement et impulsion créatrice*. Paris : Presses universitaires de France (Coll. Le fil rouge), 1995, 235 p.
- Bleger, José. 1981. *Symbiose et ambiguïté*. Paris : Presses universitaires de France, (Coll. Le fil rouge), 1981, 394 p.
- Chemama, Roland, et Bernard Vandermersch. 1995. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Larousse, 2005, 2^e éd., 458 p.
- De Mijolla, Sophie. 2002. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann Lévy, 2002, 2122 p.
- Fenichel, Otto. 1945. *Théorie psychanalytique des névroses*. Paris : Presses universitaires de France, 1979, 3^e éd., 835 p.
- Ferenczi, Sandor. 1909. «Transfert et introjection». *Œuvres complètes* (Psychanalyse I). Paris : Payot, 1968, 45- 57.p.
- Ferenczi, Sandor. 1912. «Le concept d'introjection». *Œuvres complètes* (Psychanalyse I). Paris : Payot, 1968, 15-35 p.
- Freud, Sigmund. 1890. «Traitement psychique». *Résultats, idées, problèmes* (1856-1939). Paris : Presses universitaires de France, 1984, p. 1-23.

1893. «Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques». *Résultats, idées, problèmes* (1856-1939). Paris : Presses universitaires de France, 1984, p. 45-59.
1895. «Lettre à Fliess No. 32». *Naissance de la psychanalyse : Lettres à Wilhem Fliess / notes et plans* (1887-1902). Paris : Presses universitaires de France, 3^e éd., 1956, p. 110-113.
1895. «Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que névrose d'angoisse». *Œuvres complètes III* (1894-1899), Paris : Presses universitaires de France, 1988, 2^e éd, p. 15-38.
1895. «Manuscrit I, mars». *Naissance de la psychanalyse. Lettres à Wilhem Fliess / notes et plans* (1887-1902). Paris : Presses universitaires de France, 1969, 2^e éd., p. 99-104.
1895. «L'hystérie». *Oeuvres Complètes II : Publications pré-psychanalytiques* (1893-1895). Paris : Presses universitaires de France, 2^e éd, 1988, 25- 45 p.
1895. Freud, Sigmund, et Joseph Breuer. *Études sur l'hystérie*. Paris : Presses universitaires de France, 1956, 4^e. 225 p.
1896. «Lettre du 1 mars». *Naissance de la psychanalyse : Lettres à Wilhem Fliess / notes et plans* (1887-1902). Paris : Presses universitaires de France, 1979, 3^e éd., p. 141.
1896. «Lettre du 2 avril». *Naissance de la psychanalyse : Lettres à Wilhem Fliess / notes et plans* (1887-1902). Paris : Presses universitaires de France, 1969, 2^e éd., p. 143.
1897. «Lettre à Fliess No. 78». *Naissance de la psychanalyse : Lettres à Wilhem Fliess / notes et plans* (1887-1902). Paris : Presses universitaires de France, 1956, 2^e éd., p. 158.
1898. «La sexualité dans l'étiologie des névroses». *Résultats, idées, problèmes* (1856-1939). Paris : Presses universitaires de France, 1987, 3^e éd., p 70-79.
1900. *L'interprétation des rêves*. Paris : Presses universitaires de France, 1967, 573 p.
1905. «Fragment d'une analyse d'un cas d'Hystérie : Dora». *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses universitaires de France, 1954, p. 1-91.
1905. *Trois essais pour une théorie de la sexualité. Œuvres Complètes VII* (1905). Paris : Presses universitaires de France, 1988, 211 p.

1914. *Totem et Tabou* : Quelques concordances entre la vie psychique des sauvages et celle des névrosés (Coll. Connaissance de l'inconscient). Paris : Gallimard, 1993, 351 p.
1914. «Pour introduire le narcissisme». *La vie sexuelle*. Paris : Presses universitaires de France, 1969, p. 159 p.
1915. «Pulsions et destins de pulsion». *Œuvres Complètes XIV*. Paris : Gallimard, 1988, p.167 -175.
1917. *Conférences Introduction à la psychanalyse. Œuvres complètes XVI*. Paris : Gallimard, 1999, 2^e éd., p. 633.
1924. «Le problème économique du masochisme». *Œuvres Complètes XVII*. Paris : Presses universitaires de France, 1973, p. 165-178.
1926. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : Presses universitaires de France, 1965, 3^e éd., 102 p.
1930. *Malaise dans la civilisation*. Paris, Presses universitaires de France, 1971, 11^e éd., 107 p.
- Geberovich, Frenando. 1984. *Une douleur irresistible : Sur la toxicomanie et la pulsion de mort*. Paris : Interéditions, 1984, 329 p.
- Glover, Edward. 1932. «On the aetiology of drug-addiction». *On the early development of mind*. London : International Journal of Psychoanalysis, 1975, 2^e éd, p. 201-210.
- Jacques, Jean-Pierre. 1999. *Pour en finir avec les toxicomanies*. Bruxelles : Université De Boeck, 1999, 248 p.
- Jacquet, Marie-Madeleine, et Alain Rigaud. 2001. «Émergence de la notion d'addiction dans l'histoire de la psychanalyse». *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris : Presses universitaires de France, 2001, 167-178 p.
- Lanouzière, Jacqueline. 2001. «L'hystérique et son addiction». *Anorexie, addiction et fragilités narcissiques*. Paris : Presses universitaires de France, 2001, 57-68 p.
- Lanouzière, Jacqueline. 2001. «L'addiction au regard». *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Paris : Presses universitaires de France, 2001, 78-86 p.

- Laplanche, Jean, et Jean Bertrand Pontalis. 1967. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 2004, 523 p.
- Laplanche, Jean, .1987. *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Quadrige / Presses universitaires de France, 2008, 206 p.
- Le Poulichet, Sylvie. 1987. *Toxicomanies et psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1987, 181 p.
- Loonis, Eric. *Théorie générale de l'addiction*. 2002. Paris : Publibook, 2002, 448 p.
- McDougall, Joyce. 1982. *Les théâtres du Je*. Paris : Gallimard, 1982, 354 p.
- McDougall, Joyce. 1996. *Éros aux mille et un visages : La sexualité humaine en quête de solutions*. Paris : Gallimard, 1996, 306 p.
- McDougall, Joyce. 2001. «L'économie psychique de l'addiction». *Addictions, anorexie et fragilités narcissiques*. Paris : Presses universitaires de France, 2001, 102-116 p.
- Pirlot, Gérard. 1997. *Les passions du corps : la Psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes*. Paris : Presses universitaires de France, 1997, 323 p.
- Roudinesco, Elizabeth. 1997. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Fayard, 1997, 1217 p.
- Rush, Benjamin. 1812. *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*. Boston : Manning & Loring, 1973, 145 p.
- Sandler, Joseph. 1991. *Projection, introjection et identification projective*. Paris : Presses universitaires de France, 1991, 224 p.
- Valleur, Mark, et Jean-Claude Matysiak. 2002. *Les addictions*. Paris : Armand Colin, 2002, 145 p.
- Vera Ocampo, Eduardo. 1989. *L'envers de la toxicomanie : un idéal d'indépendance*. Paris : Denoël, 1989, 162 p.
- Winnicott, Donald. 1953. «Transitional Objects and Transitional Phenomena», *In Collected papers : Through paediatrics to psycho-analysis*. London Tavistock Publications, 1958, p. 89-97.