

Marie-Madeleine Jacquet
MC de psychologie clinique
SPSE. Université Paris X-Nanterre
200 Avenue de la République
92 001 Nanterre cedex

Chapitre de l'ouvrage Psychologie clinique, la psychologie clinique en dialogue sous la dir de S. Netchine. Bréal 2002.

Histoire et actualité de la clinique des addictions

«Addiction » employé de manière descriptive désigne toute disposition à s'asservir au toxique quel qu'il soit. Ce peut être un produit tel que l'alcool, les drogues ou les médicaments, une activité comme le travail, la prise de risque ou le jeu pathologique, voire encore une relation comme cela a été décrit à propos de la sexualité.

Pour tenter de comprendre l'actualité préoccupante de ces formes souvent bruyantes d'asservissement au comportement et au corps, et en tenant compte de l'effet de massification engendré par l'extension mondiale comme de l'accélération exponentielle des consommations et des pratiques dans le temps, nous avons à nous référer au texte fondamental de Freud (1, p.18-19) *Malaise dans la civilisation*, car il éclaire plus que jamais l'économie psychique de ces pathologies de la dépendance de toujours et que l'on cherche pourtant à nous présenter comme « nouvelles ».

Freud, nous associant remarquons-le à lui-même ainsi qu'aux patients en utilisant le « nous », part du constat selon lequel, *telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde, elle nous inflige trop de peines, de déceptions, de tâches insolubles. Pour la supporter, nous ne pouvons nous passer de sédatifs* . De ce fait, il qualifie l'usage de drogues en tout genre de *briseurs de soucis*. Pour porter le « fardeau » de la vie, il invoque le recours à des *échafauds de secours* pouvant être de trois espèces : *d'abord de fortes diversions qui nous permettent de considérer notre misère comme peu de chose, puis des satisfactions substitutives qui l'amoindrissent ; enfin des stupéfiants qui nous rendent insensibles. L'un ou l'autre de ces moyens nous est indispensable. A nous de choisir donc...*

Subversif et novateur, Freud ira jusqu'à évoquer pour la clinique, les stupéfiants comme tentative de recherche de la jouissance mais aussi comme protection contre la

souffrance et même consolation face à la révolte désespérée de la psychose. Dans le cadre de la pathologie, ce « choix » d'une solution secourable devient alors bien restrictif.

Penser les conduites addictives actuelles consiste donc à partir de ces considérations freudiennes essentielles, car elles signifient bien que ce n'est pas le produit qui fait l'addicté, ce n'est pas l'alcool qui fait l'alcoolique ni la drogue le toxicomane, mais avant tout la fragilité psychique préexistante d'un sujet qui cherche ainsi au dehors et par le truchement d'un objet, moins à comprendre qu'à agir un état d'apaisement sans cesse à répéter Ce jusqu'à ce que mort s'en suive pour les plus gravement atteints. Il faut donc retenir que l'addiction n'est ni la consommation, ni l'usage voire l'abus occasionnels de produits les plus divers, mais bien la dépendance à un produit, une situation une relation consommée avec une telle avidité qu'il est impossible, impensable de ne pas pouvoir s'y adonner.

En quoi l'étymologie du terme addiction contribue-t-elle à l'éclairage clinique

Il peut être intéressant de rappeler l'histoire et l'étymologie de ce terme d'addiction qui nous revient aujourd'hui par un curieux détour. Les anglo-saxons ont en effet dans les années 70 emprunté ce terme au vocabulaire juridique français du moyen-âge. « L'addiction » désignait une contrainte par corps infligée à des débiteurs qui ne pouvaient honorer leur créance autrement. Il s'agissait donc de donner son corps en gage pour une dette impayée, ce qui va bien avec la psychopathologie des addictions actuelles ou c'est aussi le corps, le comportement qui sont chargés de « guérir » la blessure profonde d'essence psychique.

L'origine de ce terme rappelle ainsi qu'il nous reste la question de savoir à la suite de quelles carences psychiques, affectives le sujet, futur addicté, a été amené ultérieurement ainsi à payer de sa personne, des engagements non tenus par ailleurs, c'est-à-dire ceux dévolus à ses géniteurs tout comme ceux qui relèvent de ses propres instances psychiques. De plus la référence à la contrainte par corps que recouvre le terme d'addiction se voit renforcée par sa racine latine. Addiction dérive de *addico, addicere* dont les deux premières acceptions du *Gaffiot*, signifient *dire à, attribuer à, adjuger à*. *Ad-dictus* était le terme romain qui désignait l'esclave sans nom propre, mais appartenant à tel patricien. *Ad-dicere* désignait donc l'acte de dire quelqu'un à quelqu'un d'autre, en un mot de donner en esclavage. Il y a là plusieurs hypothèses de recherche à retenir pour la clinique des addictions:

- il existerait un être premier qui disposerait de quelqu'un et qui le donnerait à quelqu'un d'autre en esclavage.

- si l'on est donné à - d'où s'adonner - on est dit à, ce qui signifie que l'on est du même coup l'objet de la parole d'un autre (on est parlé), et de ce fait sujet d'une addiction...

Du coup, la prise en compte de l'origine du terme même d'addiction, renvoie à ces trois temps possibles de la recherche inconsciente de telles stratégies : l'existence d'une dette, la culpabilité de son paiement et l'utilisation du corps comme moyen de résolution de la faute.

Par le recours à ces deux racines étymologiques, l'une latine, l'autre juridique, le mot addiction dans une perspective clinique, fait charnière entre la dynamique développementale retrouvée dans les addictions trans-générationnelles et la dimension économique situant la dépendance dans les pathologie de l'excès, la contrainte, la compulsion, la manie, l'assuétude, qui excluent comme chez tout un chacun, la liberté de s'abstenir de.... Et c'est la conscience plus ou moins forte de cette soumission à l'acte conjuguée à la dépendance qui forment le point nodal des pathologies addictives. D'ailleurs il est bien plus pertinent d'interroger de tels patients sur le fait de savoir à quoi leur sert leurs pratiques addictives que de leur demander pourquoi ils le font. Autant la première alternative ouvre le champ du dialogue, autant la seconde le ferme ou donne lieu à des clichés convenus ou des lieux communs.

Conséquences de la dimension économique à privilégier

Mettre ainsi l'accent sur la perspective génétique et économique propres à la métapsychologie freudienne élimine toute tentative de reconnaître une structure spécifique à ces conduites pathologiques, comme le souligne Bergeret (2, p.17) par une triple constatation. 1/ Il n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique à l'addiction. N'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addiction (visibles ou latents) dans certaines conditions affectives intimes et relationnelles.

2/ L'addiction ne modifie nullement la nature spécifique de la structure psychique profonde en question, mais se contente de modifier plus ou moins notablement le mode de fonctionnement secondaire de cette structure.

3/ L'addiction est recherchée non seulement en fonction d'un besoin plus ou moins manifeste du sujet mais aussi, sur le registre économique latent, comme une tentative de défense et de régulation contre les déficiences ou les failles occasionnelles de la structure profonde en cause.

Puisqu'il n'y a pas à proprement parler de « personnalité adictive », il restera à s'interroger au cas par cas sur les raisons profondes de cette économie parallèle qui semble se

superposer à la structure et la dissimuler. Cette manière de faire face à ce qui échappe en bonne partie au sujet qui en est l'acteur et la victime, témoigne avant tout de ce que le patient addictif est surtout un sujet qui souffre triplement dans son économie psychique, dit Pédinielli (3, p.13-14) : d'abord dans ce qui le pousse à recourir à un produit, ensuite dans ce qui l'empêche de rompre la dépendance et enfin dans ce qu'il subit des conséquences (physiques, sociales et psycho-affectives) . S'il évoque ainsi le toxicomane, ce propos peut concerner tout sujet présentant une conduite addictive en tant qu'il *n'est pas seulement un patient dépendant à un produit chimique, mais une personne qui tente de résoudre un problème, un malaise et ne peut renoncer à cette solution pourtant dramatique*. L'addiction serait recherchée par ces *esclaves de la quantité* (4), non seulement en fonction d'un besoin plus ou moins manifeste du sujet pour réduire les tensions, mais aussi sur le registre économique latent, comme une tentative de défense et de régulation contre des déficiences, des failles occasionnelles ou permanentes de la structure profonde en cause. C'est pourquoi la suppression pure et simple de la consommation abusive n'est jamais en soi une solution à long terme et risque même d'entraîner une décompensation plus grave n'excluant pas le risque suicidaire.

Comment réaliser cette approche des conduites addictives dans une perspective clinique ?

Entrer en contact avec un sujet en proie à une addiction est loin d'être aisé puisque cela met en danger la relation même au toxique, elle qui est vécue comme aussi vitale que l'air qu'on respire... Car malgré ses effets destructeurs, cette véritable technique de survie psychique s'avère efficace quant à l'apaisement de tensions et le soulagement à la souffrance psychique. La rencontre clinique peut se faire au travers d'une sémiologie des conduites addictives (temps d'observation) associé à une étude psychopathologique et une psychogenèse du sujet en question (temps de l'élucidation de la problématique) ouvrant dans le meilleur des cas à la démarche thérapeutique.

1/ Rappelons que la sémiologie est l'étude des signes extérieurs présentés par le patient lorsqu'on le rencontre. Elle comprend les circonstances de la rencontre, la présentation physique et vestimentaire, le mode relationnel et les modalités du discours. La sémiologie est descriptive en ce sens qu'il s'agit de décrire l'ensemble des signes que l'on peut rencontrer. L'analyse sémiologique sert à commencer à connaître un patient pour préparer une relation d'aide. Elle sert aussi à exercer les facultés de disponibilité, d'observation et d'écoute du clinicien. Elle attire l'attention sur les réactions suscitées par le patient face à son interlocuteur et prépare ainsi l'approche psychopathologique, car elle ouvre à l'évaluation de la part prise

par le patient sur sa pathologie. Clinique de l'acte et de l'apparence essentiellement, la pathologie addictive se prête particulièrement au relevé de ce qui se donne ainsi à voir dans la mise en jeu du corps, à condition de ne pas s'y arrêter, mais d'aller au-delà du manifeste vers une écoute bienveillante.

2/ La psychopathologie présentée par un patient consiste à reprendre les observations recueillies auprès de lui, pour les situer dans un champ théorique choisi. En rapportant ces observations à des mécanismes généraux de fonctionnement décrits par les auteurs de référence, la singularité de la problématique apparaît. C'est ainsi qu'en matière d'addiction la psychopathologie va s'attacher à décrire plus précisément les failles du fonctionnement psychique inhérentes aux comportements addictifs.

- recours à l'acte et au passage à l'acte court -circuitant l'élaboration mentale (5)
- aléas de la maturation affective par surcharge ou *désaffectation* (6) et impact de la *violence fondamentale* (7).
- Participation de la destructivité et de la pulsion de mort en particulier de la compulsion de répétition (8).
- failles de l'accès au symbolique par défaillance du processus d'introjection et la prévalence de l'incorporation (6).
- clivage de la personnalité (9).

3/ La psychogenèse du cas enfin, se construit à partir de l'histoire infantile du sujet en question, en confrontant ces données à l'ensemble des hypothèses qui décrivent les conditions du développement infantile ayant entraîné les dysfonctionnements psychiques qui lui sont propres. Pour ce qui concerne les pathologies addictives, entendues comme pathologies du lien, échec des *processus de séparation-individuation* (10), on retiendra l'incidence :

- de la défaillance de la relation primaire faisant obstacle à l'installation du maternel en soi nécessaire pour supporter l'absence et la séparation. Dans le monde psychique des enfants, futurs addictés, il a manqué en effet une représentation interne d'une instance maternelle et plus tard paternelle dotés de fonctions de soulagement, de limitation, d'interventions psychiques face aux expériences affectives (6).
- de l'importance des traumatismes qui, n'ayant pu s'assurer du soutien et du maintien de la fonction de pare-excitation dévolue à la mère, vont faire effraction dans le corps et la psyché infantile sous forme de traces mnésiques et *marquages corporels muets* (9).

- de l'échec de la fonction identifiante en particulier au moment de l'adolescence (11), étape déterminante pour la révélation de ce qui peut devenir une dépendance addictive (alcool, drogues en particulier) et évoquée comme *rencontre initiatique* (9).

La propension chez certains à entrer ultérieurement « en addiction » au moment de l'adolescence ou l'entrée dans la vie adulte, même si ces étapes en sont les révélateurs, s'inscrit donc bien en-de-ça des premières rencontres avec un produit quel qu'il soit. Rappelons que ces diverses pratiques addictives ne peuvent être désignées comme telles uniquement dans l'après-coup, c'est-à-dire à condition d'avoir dépassé le simple usage, voire même l'abus occasionnel (12). Marquées par le sceau de la répétition, elles sont alors avant tout des solutions addictives qui tentent de guérir l'esprit par le corps et donc des pis-alls.

Orientations thérapeutiques

C'est bien dans cet appel issue d'une détresse psychique mais rabattue au corps que réside le malentendu principal qui transforme bon nombre de rencontres cliniques en rendez-vous manqués. A chaque fois la psyché se sert du corps et du coup, c'est l'économie de l'affect, de l'émotion éprouvée dans le corps aussi, qui prévaut sur le travail de mentalisation et de symbolisation. C'est pourquoi les souffrances exprimées si difficilement par les patients au travers des mots, qu'ils soient sous l'emprise d'un produit ou en sevrage, concernent bien souvent le mal-être exprimé par les seules sensations de pesanteur, de lourdeur, de vide, de manque, de froid ou de brûlures ... Cela met l'accent sur l'importance à accorder à la prise en compte du *moi corporel* (8) et des assises narcissiques insuffisamment établis, la question d'un corps mis à mal de la sorte n'étant bien entendu réductible ni à celle du somatique ni à celle du biologique, comme certaines orientations thérapeutiques voudraient le laisser croire. Car c'est du corps érogène, ou de celui qui se cherche aveuglément sur ce chemin dont il s'agit avant tout. En ce sens, la solution addictive répond à un double projet à la fois narcissique et objectal, dont le but est de réparer au dedans, un self endommagé tout en maintenant l'illusion d'omnipotence, et au dehors de maintenir ou tenter d'entrer en relation avec le monde. On comprend pourquoi une telle tentative d'auto-guérison rend paradoxale toute « demande » se définissant généralement en son principe, comme recherche d'une causalité interne qui implique l'existence et la participation de l'inconscient quelque soient les facteurs externes. Les sujets enclins à des pratiques addictives ne consultent pas ou peu ouvertement à leur propos, mais plutôt « par accident » que ce soit sous l'incitation d'un tiers familial, professionnel ou en évoquant bien après, leur dépendance au décours du voyage

psychothérapique. La plupart du temps, ils demandent une solution magique qui les débarrasse de leur mal de vivre, produit miracle à l'image du toxique qu'ils s'auto-prescrivent. Les premiers analystes ont fait les frais de ces difficultés d'indication, quand ils se sont risqués malencontreusement du côté de la cure classique, forts de leurs modèles analytiques fraîchement acquis auprès de leur maître, et emplis d'un enthousiasme thérapeutique qui faisait alors l'économie d'un questionnement sur leurs mouvements contre-transférentiels. Ils nous ont cependant laissé une pratique clinique passionnante en matière d'addictions les plus diverses (13), y compris ce que Fénichel (13) avait eu l'intuition de relever bien avant l'heure et à juste titre, l'existence de *toxicomanies sans drogue*.

C'est ainsi en effet que l'ingestion de simples placebos peut à ce jour, entraîner un état de dépendance toxicomaniaque alors que l'arrêt de la prise de drogues « dures » n'apporte aucun syndrome de manque dans certaines conditions (14).

Aujourd'hui l'on tend donc à penser que si l'acte addictif révèle tant le corps, comme le faisait d'une manière autre l'hystérique au début du siècle dernier, ce système addictif n'a pas pour autant valeur de symptôme au sens de Freud, c'est-à-dire qu'il ne saurait être interprété en termes de condensation, de formation de l'inconscient à valeur symbolique, de formation de compromis. Le montage addictif n'est pas dépourvu de signification, mais il est l'expression corporelle d'un sens inconscient qui n'a pas trouvé le chemin de la pensée. De tels *acte-symptôme* dit Mc Dougall (6), dévoilent une carence de l'élaboration psychique et un défaut de symbolisation lesquels sont compensés par un agir de qualité compulsive visant ainsi à réduire par le chemin le plus court la douleur psychique.

A partir de ces considérations actuelles, plus que de disposition à s'asservir à un toxique, c'est de pré-disposition dont il faudrait parler. Et il conviendra bien entendu avec le patient de restaurer ou d'instaurer une élaboration mentale dans sa continuité, plus que de rechercher une structure spécifique puisqu'il n'y a pas de « personnalité addictive » en tant que telle. La conduite s'ajoute à une structure de base et il existe donc des montages addictifs bien différents, pour lequel le colmatage par un produit, une activité, une relation n'a pas le même sens ni la même portée. Cliniquement les sujets présentant de telles conduites sont actuellement qualifiée de *personnalités limites* (5), narcissiques (6) en *faux-self* (15), porteurs d'une *crypte* (16).

Ceci ouvre à la question des approches thérapeutiques et la mise en question des réponses uniquement comportementales, chimiothérapique ou substitutives. Des situations psychothérapiques aménagées et installées dans le temps, des indications de psychodrame, de relaxation, de groupes de paroles d'inspiration psychanalytiques sont les plus propices à

instaurer une alliance thérapeutique en dépit des incidents de parcours et des rechutes qui émaillent nécessairement de telles prises en charge. C'est à Winnicott (17) qu'il faut faire appel pour proposer des approches thérapeutiques créatrices, inspirées des applications cherchant à développer à la fois les fonctions essentielles de maintenance et de contenance, ainsi que cette aire transitionnelle, fonctions qui ont tant manqué au départ chez ces patients. *Les plus sains comme les plus fous d'entre nous s'accrochent, telles des araignées, à une toile par eux-mêmes tissée, obscurément ancrée dans le vide et sauvagement balancée par les vents du changement. Pourtant, cette toile fragile, à travers laquelle beaucoup ne voient que le vide, constitue le seul artifice permanent, la seule signature authentique de l'espèce humaine, et nous sommes les premiers responsables de sa fabrication.* Geoffrey Vickers (1964).

Intérêt et limite du regroupement des addictions

Actualisé au cours des années 70 dans la psychiatrie nord-américaine pour désigner la dépendance aux substances psycho-actives, le concept a fait retour en France sous l'impulsion de Mc Dougall (6) et a commencé à connaître sa fortune dans les années 1990. Si ce terme a pris l'essor international qu'on lui connaît, c'est déjà pour une raison bien pratique, puisqu'il s'offre comme un mot partageable entre anglicistes et francophones. L'emploi du terme évite aussi l'étiquetage des patients selon le produit consommé, comme c'est le cas de l'alcoolique, du toxicomane par exemple. De plus, la référence addictive correspond assez bien à ce qui est relevé dans les tendances actuelles aux poly-toxicomanies, aux poly-addictions auprès de sujets présentant des tableaux de consommation cummulative (*co-addictions*, 18) et/ou successives, ne serait-ce que dans la fréquente association drogue-alcool-tabac.

Mais si la notion d'addiction a trouvé aujourd'hui sa pertinence, elle risque de devenir un concept fourre-tout prêt à absorber des champs de plus en plus élargis de la pathologie, tout étant « bon à mettre » sous prétexte d'un « nouvel emballage ». On compte en effet actuellement pas moins de 12 types d'addictions (19, p.33) : *toxicomanies y compris les drogues prescrites) et alcoolisme au premier chef, mais encore le tabagisme, l'anorexie-boulimie, l'addiction par le travail excessif, le jeu pathologique, les tentatives de suicide, les achats compulsifs, la kleptomanie, les conduites à risque, le sport excessif, la sexualité compulsive. A cela certains veulent ajouter l'insertion dans les sectes, les Troubles Obsessifs-Compulsifs, les troubles du contrôle des impulsions du DSM IV (agressivité explosive, kleptomanie, pyromanie, trichotillomanie), les addictions sociales et amoureuses, celles à*

certaines distractions excessives et compulsives (téléphone, Minitel, Internet, jeux de rôle, jeux électroniques, la télévision... Il a depuis été question de « cyber-addiction », et même de « fashion addiction » chez certaines femmes... trop soucieuses de mode ! Or il ne faudrait donc pas que cette entité nosographique constitue un « mur sonore » destiné seulement à cacher la vacuité de la politique thérapeutique. En effet l'on voit bien comment par exemple, l'intégration de l'alcoolisme en tant que « drogue dure » suite aux travaux du Pr Roques, dans les programmes de prévention et de soins dévolus à la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie, 20), est à la fois une avancée importante liée au regroupement trans-nosographique réalisé autour de l'addiction en tant que classe générique. Mais ce rassemblement n'a malheureusement été suivi d'effets immédiats quant à l'augmentation des structures d'accueil destinées à recevoir alcooliques et toxicomanes, pour un travail de soins qui aille au-delà du simple sevrage ou du traitement de substitution.

Si l'on maintient l'exigence de rigueur nécessaire autour d'un modèle théorique tenant compte de la compréhension du passage à l'acte, de la dépendance et du plaisir qui n'exclue pas le processus de subjectivation, le champ des addictions est aujourd'hui celui qui interroge particulièrement la psychopathologie et bien au-delà d'elle, la sociologie, l'anthropologie, l'économie aussi. La position charnière des conduites addictives au carrefour entre normal et pathologique, corps et psyché, individu et groupe, leur confère une place privilégiée d'observatoire et d'interrogation de la condition humaine d'aujourd'hui.

Bibliographie

- 1- Freud S., 1930/1971. *Malaise dans la civilisation*. Paris. PUF.
- 2- Bergeret J. dir. 1981. *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane* coll. Inconscient et culture, Paris. Dunod .
- 3- Pédinielli J.L., Rouan G. et Bertagne P. 1997. *Psychopathologie des addictions*. coll "Nodules". Paris. PUF.
- 4- M' Uzan de M. 1994 "Les esclaves de la quantité" in *La bouche de l' inconscient* Paris. Gallimard. ou *Nouvelle revue de Psychanalyse n°30* (Automne 1984). Paris. Gallimard.
- 5- Kernberg O. 1975/1979. *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse. Privat.
- 6- Mc Dougall J., Marinov V., & al, 2001. "L'économie psychique de l'addiction" in *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris. PUF
- 7- Bergeret J. 1984. *La violence fondamentale*. Paris. Dunod.
- 8- Freud S., 1920/1981. « Au-delà du principe de plaisir » in *Essais de psychanalyse*. Paris. Payot.
- 9- Shentoub S. et de Mijolla A. 1973. Pour une psychanalyse de l'alcoolisme. Paris. Payot.
- 10- Mahler M. 1968/1977 *Psychose infantile*. Paris. Petite Bibliothèque Payot.
- 11- Jeammet Ph. 2000. « Les conduites addictives, un panséme pour la psyché » in *Les addictions*, Le Poulichet S., dir. Monographies de Psychopathologie. Paris. PUF
- 12- Bernand C., dir. 2000 *Désirs d'ivresse*, n°191. Ed. Autrement
- 13- Chassaing J.L., dir. 1998. *Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*. Editions de l' Association Freudienne Internationale.
- 14- Le Poulichet S. 1995. « Les toxicomanies » in Kaufmann J.P. *L'apport Freudien*. Paris. Bordas.
 - 15 Winnicott D.W. 1969. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris. Payot
 - 16- Abraham N. et Torok M. 1978. *L'écorce et le noyau*. Paris. Aubier-Flammarion.
 - 17 Winnicott D.W. 1971. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris. Gallimard.
- 18- Valleur M. et Matysiak J.C. 2002. *Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique*. Paris. A. Colin.

- 19- Loonis E.1998. « Vers une écologie de l'action » in *Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies*. Vol.4 n°1. De Boeck.
- 20- MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la toxicomanie) .2000. *Savoir plus pour risquer moins. Drogues et dépendances. Le livre d'information*. CFES Editions.