



Université Paris 13 — Sorbonne Paris Nord
École Doctorale Érasme
Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie
UTRPP — EA 4403

N° attribué par la bibliothèque

□□□□□□□□□□

Thèse pour obtenir le titre de docteur en psychologie de l'Université Paris 13

Présentée par Hélène KRIEGER-DENOU

ETUDE DES FONDEMENTS
NARCISSIQUES DANS LES ADDICTIONS

Thèse dirigée par M. Jean-François CHIANTARETTO

Présentée et soutenue publiquement le 2 Avril 2021

Membres du Jury

Président : M. Jean-Pierre PINEL

Mme Catherine MATHA

Rapporteur : M. Georges GAILLARD

Mme Magali RAVIT

Rapporteur : M. Philippe GIVRE

REMERCIEMENTS

Je souhaite honorer ici la mémoire du Dr Sabine Joffre, médecin-addictologue et directrice du CSAPA « alcoologie » de Beaumont sur Oise, disparue le 11 mars 2013.

Sabine, tu as été la première à m'accorder ta confiance. Tu as été un modèle pour moi par ton dévouement, ta combativité et ta bienveillance.

Je remercie le Dr Philippe Hatchuel, pour son soutien aussi inconditionnel que plein de tact quant au présent travail et pour m'avoir toujours laissé une totale liberté dans mon travail de psychologue clinicienne.

Mes remerciements vont également à tous les collègues rencontrés depuis mes débuts de psychologue clinicienne et tout particulièrement à : Violaine Bléhaut, Pascal Caroff, Chloé Doyen, Fabienne Gaillard, Robin Jaffrennou, Bertrand Kohler, Christine Lemasson, Françoise Lesquier, Aurélie Marchand, Joëlle Pichard, Isabelle Rousseau, Yalmah Truong et Katerina Tsiatsi ; pour la confiance et le soutien accordés, la sincérité de nos échanges cliniques, la bonne (et parfois la mauvaise) humeur partagée et le bonheur trouvé dans le travail à leurs côtés.

A Nicolas Martin et Eve Etienne pour leur invitation à « La recherche montre en main » qui a été un temps fort de mon travail de recherche.

A toute l'équipe de l'émission la « Méthode Scientifique » diffusée sur France Culture, pour leur accueil si chaleureux lors de mon intervention.

A l'Ecole Doctorale Erasme et particulièrement à M. Le Pr Karl-Léo Schwering, pour m'avoir accordé le temps dont j'avais besoin pour l'élaboration de cette thèse, malgré de fortes contraintes administratives.

A M. Le Pr. Florian Houssier, directeur de l'UTRPP, pour m'avoir accordé un soutien plein d'énergie dans un temps de fragilisation.

A M. Georges Gaillard et M. Philippe Givre pour la générosité dont ils ont fait preuve à mon égard.

A Mme. Catherine Matha, Mme. Magali Ravit et à M. Jean-Pierre Pinel, pour avoir maintenu leur présence dans ce jury, malgré un contexte universitaire fort perturbé par la crise sanitaire.

A Mme Christine Arbisio, M. Michael Chocron et M. Derek Humphreys, qui m'ont offert la possibilité d'enseigner.

Aux doctorants que j'ai eu le privilège de rencontrer dans mon parcours et plus particulièrement à Marie-Laure Abécassis, Victor-Georges Baranowski, Catherine Delaunay, Morgane Fouré, Hindi Hafhouf-Lacôte et Elsa Ponce.

A Michael Chocron, qui s'est montré d'un soutien sans faille dans mon parcours de thèse, pour la générosité dont il sait toujours faire preuve aussi bien sur un plan amical que professionnel et enfin pour la pertinence de ses éclairages, y compris de dernière minute, quant à la question de l'autisme.

Qu'il me soit permis d'exprimer ma profonde gratitude à M. Le Pr Jean-François Chiantaretto, sans qui le présent travail n'aurait jamais vu le jour.

A mes parents, qui se sont intéressés à la psychanalyse bien avant moi.

A ma mère, le Dr Dominique Moreau, qui m'a donné la possibilité de devenir psychologue clinicienne et qui m'a toujours soutenue dans mon parcours professionnel.

A Marie-Françoise Denou, pour l'aide logistico-affectivo-orthographique apportée lors de mes périodes de sprint.

A Samuel, Arthur et Alexandre : jusqu'au bout de l'univers en expansion (et retour !).

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	5
1. PROBLEMATIQUE ADDICTIVE ET PROBLEMATIQUE DES LIMITES	12
1.1 De « l'échec » clinique aux premières hypothèses théoriques	12
1.1.1 La rencontre avec Laura.....	12
1.1.2 La perspective kleinienne.....	15
1.2 Les fondements du narcissisme dans la perspective freudienne.....	19
1.2.1 Au commencement était la haine.....	19
1.2.2 Généalogie de la haine : la question de la dépendance vitale	21
1.2.3 Haine et altérité	25
1.2.4 Premières hypothèses théoriques.....	28
1.3 L'addiction, une problématique de survie psychique.....	29
1.3.1 Le cas de François	29
1.3.2 De la « toxicomanie » à « l'addiction » : la perspective développée par J. McDougall	32
1.4 La « haine nécessaire ».....	41
1.5 Le cas de Michel : un traumatisme paradoxal.....	44
2. D'UNE CLINIQUE DU PARADOXE A UNE CLINIQUE DE L'INFORME	51
2.1 De l'objet transitionnel aux objets provisoires	51
2.1.1 Le cas d'Alice.....	51
2.1.2 L'illusion primaire d'omnipotence.....	55
2.1.3 Les objets transitoires	58
2.1.4 L'espace potentiel.....	59
2.2 Les aspects autistiques de la problématique toxicomaniaque.....	65
2.2.1 Le cas de Bastien.....	65
2.2.2 Du défi contre la mort à la figure du vampire.....	68
2.2.3 L'opération du <i>pharmakon</i>	72
2.3 Les aspects autistiques de la problématique alcoolique.....	76
2.3.1 L'incorporation métonymique d'un contenant	76
2.3.2 L'opération du féminin élémentaire.....	78
2.3.3 Le Moi-peau.....	83
2.4 Emprise et économie addictive.....	85
2.4.1 Le cas de Lélia.....	85
2.4.2 Relation d'emprise et pulsion d'emprise.....	89

3. DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE PARADOXAL AU TRANSFERT FONDAMENTAL	94
3.1 Comment créer une âme à partir de son corps ?.....	94
3.1.1 La sensorialité supposée pensante	94
3.1.2 De l'activité sensorielle à l'activité de représentation.....	95
3.1.3 D'un plaisir précoce insuffisant à l'attaque du penser	98
3.2 Aux origines du processus de pensée	99
3.2.1 La faillite du processus de représentation.....	99
3.2.2 Représentation de mots et représentation de chose dans la perspective freudienne	101
3.2.3 Le fonctionnement primaire	103
3.2.4 Un impossible deuil à l'œuvre dans la psychè maternelle	105
3.2.4.1 Un trauma transgénérationnel	105
3.2.4.2 Le cas de Clara.....	107
3.2.4.3 De la métaphore de la mère morte au narcissisme négatif.....	111
3.3. De l'injonction thérapeutique à l'écoute de la communication primitive	114
3.3.1 Un soin psychique sous contrainte est-il possible ?	114
3.3.2 Le transfert fondamental	120
3.3.3 L'intérêt du traitement de substitution dans le dispositif psychothérapeutique	128
4. LA DETRESSE AUTO-EROTIQUE.....	134
4.1 La question du travail de la honte chez le sujet addicté	134
4.1.1 « <i>Toi, tu es un toxico !</i> ».....	134
4.1.2 L'hypothèse de la honte primaire	136
4.2 Le cas de Charline.....	140
4.2.1 La rencontre avec Charline.....	140
4.2.2 L'hypothèse de la mélancolie.....	148
4.2.2.1. De la haine à la nostalgie	148
4.2.2.2 La perspective freudienne.....	151
4.2.3 L'hypothèse d'un lien mélancolique à l'objet	154
4.2.3.1 La réactivation de la figure de la mère morte.....	156
4.2.3.2 Une fausse réparation	158
4.2.3.3 Le visage de la mère comme miroir	163
4.2.4 Un masochisme gardien de la vie ?.....	166
4.2.4.1 Anéantir la vie en soi pour se sentir exister	166
4.2.4.2 Rendre sa mort possible pour continuer à vivre psychiquement	169
CONCLUSION.....	176
BIBLIOGRAPHIE	181
INDEX DES NOTIONS	189
INDEX DES AUTEURS.....	191
INDEX DES CAS	192

INTRODUCTION

Ma pratique clinique dans le champ de « l'addictologie » s'est inaugurée, il y a maintenant un peu plus d'une dizaine d'années, par la rencontre avec des sujets « alcooliques » pris en charge dans un centre de soins spécialisé en « alcoologie ».

Cette discipline médicale a été fondée principalement par les médecins spécialisés en gastro-entérologie, prenant en charge les pathologies somatiques induites par l'alcoolisme chronique. Le modèle théorique du courant cognitivo-comportementaliste avait fourni un certain nombre d'outils supposés thérapeutiques à ces médecins, habituellement peu confrontés à la question du désordre psychique. Le succès de ces supposées thérapies reposait à la fois sur leur promesse d'efficacité et sur des techniques livrées « clefs en main » au personnel médical et paramédical. L'accompagnement du patient reposait, pour l'essentiel, sur les capacités du personnel soignant à induire chez lui la « motivation » nécessaire à son trajet vers l'abstinence.

A côté de cette pauvreté conceptuelle, j'ai rencontré un certain humanisme de la part des soignants de cette institution, dans la mesure où l'alcoolisme était devenu, dans le champ de l'alcoologie, une « maladie ». A l'encontre des stéréotypes véhiculés par la figure de « l'alcoolique », pouvait s'imaginer la figure du sujet « malade », du sujet « souffrant » sur lequel il devenait possible de porter un regard « soignant ».

Assez rapidement, il m'a été donné l'opportunité de rencontrer également des adolescents et des adultes dits « toxicomanes ». J'ai pu constater une grande différence dans l'« esprit du soin » régissant la prise en charge de ces patients. D'abord parce que le courant psychanalytique y était beaucoup plus présent. Ensuite, parce que j'ai pu y rencontrer un militantisme très actif venant aussi bien de la part des « usagers » de drogue, que des médecins les accompagnant.

Le statut du consommateur de produits illicites est régi par la loi du 31 décembre 1970. Cette loi donne un statut hybride au consommateur de produits illégaux, l'assimilant à la fois à un « délinquant » et à un « malade ». Nombre d'usagers de drogue militent contre ce statut, dans la mesure où ils y voient une dénégarion d'une liberté fondamentale : celle de pouvoir consommer toutes les substances de leur choix, dans la mesure où ces consommations ne troublent pas l'ordre public.

Par ailleurs, les médecins prenant en charge les sujets toxicomanes ont assisté, bien souvent impuissants, aux ravages liés à l'épidémie du SIDA, dans les années 1990. C'est dans ce contexte, et en faisant alliance avec les associations d'usagers de drogue, qu'est née la politique dite de « réductions des risques » visant à diminuer la létalité liée aux prises de drogue.

Ainsi, j'ai découvert deux « camps » dans le champ de l'addictologie partitionné en fonction « d'un arbitraire culturel clivant en deux classes opposées l'univers des produits : ceux dont la consommation est interdite (drogue), et ceux dont la consommation est licite (...). »¹ Cette dichotomie vient s'effacer lorsque nous considérons que ce qui fait le caractère pathologique d'une consommation de produit, de quelque nature qu'il soit, c'est le fait que le sujet en devienne dépendant, autrement dit, que ce sujet ne puisse envisager de traverser la vie sans avoir recours à la consommation sans cesse répétée d'un produit chimique, consommation pouvant l'amener à la mort.

Au cours de ces dernières années, il m'a été permis de rencontrer des sujets souffrant d'addiction dite « avec produits » au cours d'entretiens cliniques dans des contextes d'intervention variés.

J'ai ainsi été amenée à rencontrer en premier lieu, au sein d'un CSAPA² hospitalier « à orientation alcoologie » des sujets souffrant d'une problématique alcoolique dans le cadre de psychothérapies. J'ai également eu l'opportunité d'accompagner les patients de ce CSAPA lorsque ceux-ci effectuaient une cure de sevrage dans le cadre d'une hospitalisation à temps plein de deux semaines. De plus, un des médecins-addictologues et moi-même avons proposé pendant quelques mois aux patients du Centre de Soins de participer à un groupe de parole bimensuel. Enfin, j'ai eu l'occasion de rencontrer les patients des services de Médecine de l'hôpital, dans le cadre de l'activité dite « de liaison » : lorsqu'un patient hospitalisé présentait une consommation d'alcool problématique et était d'accord pour rencontrer un intervenant du Centre de Soins, nous nous déplaçons pour le rencontrer dans le service où il se trouvait hospitalisé afin de l'inviter à initier une démarche de soins.

Le CSAPA dit « à orientation toxicomanie », dans lequel j'interviens depuis le début de mon travail de recherche, appartient au champ du médico-social. L'équipe y est pluridisciplinaire et se voit composée d'un médecin-psychiatre également directeur de

¹ ZAFIROPOULOS, M et DELRIEU, A. (1996). *Le toxicomane n'existe pas*. Paris, Anthropos.

² Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

l'établissement, de médecins-addictologues, de personnel infirmier, de psychologues, de travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés), de deux accueillantes et d'une assistante de direction. Le CSAPA abrite deux consultations, l'une réservée aux « jeunes consommateurs », l'autre aux sujets âgés de plus de vingt-deux ans.

Cette pratique clinique s'est avérée d'une richesse extrême à plusieurs titres, ne serait-ce que sur un plan quantitatif, m'amenant à rencontrer, au cours des entretiens dits « d'accueil », plusieurs centaines de patients sur une dizaine d'années d'exercice. C'est ce qui m'a conduit à centrer la problématique de mon travail de recherche autour de ce que j'appelle « la problématique addictive » et la problématique du « sujet addicté ». Pourquoi ?

Tout d'abord parce que j'ai pu constater que ce n'est pas la consommation de produits, même régulière, qui fait l'addiction. C'est-à-dire qu'il nous faut ici différencier de façon nette le « consommateur de produits » du « sujet addicté ».

De la même manière, j'ai pu constater, par mon expérience clinique en alcoologie et en toxicomanie, la présence de traits communs en termes de structuration psychique.

La pratique clinique nous montre qu'il est fort courant pour les sujets addictés de passer d'une consommation de produit à une autre. Ainsi, de nombreux héroïnomanes pour qui le traitement de substitution est efficace, dans la mesure où il les amène à cesser toute consommation d'héroïne, se tournent vers des prises d'alcool régulières jusqu'à parfois devenir des sujets décrits, à juste titre, comme des sujets alcooliques. Il en va parfois de même pour les consommateurs de cannabis.

Par ailleurs, de nombreux patients présentent des consommations de produits assez variés.

De plus, le même produit ne procure pas nécessairement les mêmes effets selon les sujets. Par exemple, certains sujets décrits dans leur enfance comme des sujets hyperactifs trouvent dans l'action de la cocaïne un effet d'apaisement, là où la plupart des autres consommateurs recherchent au contraire une excitation extrême. De la même façon, certains sujets utilisent les effets « paradoxaux » des opiacés comme un anti-dépresseur.

La rencontre avec ces sujets nous a confrontée à un sentiment d'impasse sur le plan thérapeutique, sentiment douloureux, qui a été à l'origine du présent travail de recherche.

Comme le souligne Jean-François Chiantaretto :

Dès le cas Dora, Freud nous a donné les mots pour comprendre et faire l'expérience de la position d'analyste comme étant intrinsèquement une position de chercheur, ce qu'ensuite il ne manquera jamais de rappeler, par exemple dans « L'homme aux loups ». Il y a une association en l'analyste du thérapeute et du chercheur, des exigences thérapeutiques et des exigences liées à « l'investigation ». Cette association, même si elle est toujours plus ou moins conflictuelle, signifie qu'en dernière instance : d'une part, il n'y a de « traitement » psychanalytique qu'en liaison avec le développement des possibilités d'investigation, ensemble et séparément, de l'analyste et de l'analysant, et d'autre part, il n'y a de recherche en psychanalyse qu'en liaison avec le développement des possibilités thérapeutiques de la psychanalyse.³

Le sentiment d'impuissance ressenti face aux sujets que je rencontrais dans ma pratique clinique m'a, en quelque sorte, « contraint » à la recherche. C'est-à-dire qu'il m'a fallu trouver, souvent en urgence, des repères théoriques rendant possible mon inscription dans un « voyage clinique »⁴ avec ces sujets. C'est la conceptualisation de l'addiction développée par J. McDougall qui m'a servi, en quelque sorte, de « théorie provisoire »⁵, théorie qui s'est finalement avérée fondatrice de mon travail de pensée.

J'évoquai le militantisme du sujet toxicomane.

Celui-ci se rebelle plus souvent contre le fait d'être assimilé, par la loi, à un « malade mental », que contre le fait d'être assimilé à un « délinquant ». Nombre de toxicomanes revendiquent quelque chose d'une contestation de l'ordre établi, mais rarement quelque chose de l'ordre de la folie. Et pourtant, dans l'expérience, c'est toujours à cette figure du « malade mental », voire du « pervers », que se voit renvoyé le sujet toxicomane.

Le sujet addicté revendique le droit de disposer de sa vie comme il l'entend, quitte à ce que son mode de vie le mène à la mort. Cette revendication concerne aussi bien les sujets alcooliques que les sujets toxicomanes, tous mettant en avant leur droit de disposer de leur propre vie, tant que leur mode de vie ne porte pas atteinte à celle des autres.

Pourquoi les priverait-on de cette liberté de concevoir la vie comme un suicide à petit feu ? Pourquoi ne pas pouvoir envisager que la vie n'est possible pour ces sujets que dans ce commerce avec la mort ? S'agit-il de tuer quelque chose, en soi, pour pouvoir continuer à vivre ? Ou encore, quelle vie se trouve préservée ici, via ce flirt avec la mort ? De quelle alliance entre Eros et Thanatos est-il question dans l'addiction ?

³ CHIANTARETTO, J-F. (2008). L'infans chercheur. *Cliniques Méditerranéennes*, N°77, 195-203, p.196.

⁴ En écho au « voyage analytique » In MACDOUGALL, J. (1996). *Eros aux mille et un visages*. Paris, Gallimard, 2005.

⁵ Nous faisons ici référence à la « morale provisoire » développée par Descartes dans le *Discours de la Méthode*.

Et dans le même temps, n'est-il pas paradoxal que le sujet addicté revendique quelque chose d'une liberté fondamentale dans la dépendance à un produit ? Ce serait ainsi en se faisant l'esclave d'un produit que le sujet pourrait affirmer quelque chose de son identité. Autrement dit, dans le discours du sujet addicté, l'affirmation de son identité se fonderait dans la revendication d'un « droit à être esclave » et de choisir son Maître ! Mais de quoi le sujet addicté se rend-t-il Maître en devant l'esclave d'une substance ?

Il devient ici incontournable d'évoquer l'étymologie du mot « addiction », dérivé de la locution latine « ad-dicere » signifiant « dire à ». Elle renvoie à l'esclavage dans la mesure où dans la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient « dits à » leur *pater familias*. Dans cette perspective, le sujet addicté, sujet anonyme, trouverait son identité dans son esclavage au produit ?

Dans ce contexte, nous pouvons déjà voir comment l'addiction vient tenter de prendre en charge quelque chose de l'ordre de l'affirmation de l'identité du sujet. Devons-nous alors comprendre que quelque chose a manqué dans la construction identitaire du sujet ? L'addiction viendrait-elle être le signe de la présence d'une identité d'emprunt chez le sujet ?

Freud nous dit, dans *Le Malaise dans la Culture*, que « La vie telle qu'elle nous est imposée est trop dure pour nous, elle nous apporte trop de douleurs, de déceptions, de tâches insolubles. Pour la supporter, nous ne pouvons nous passer de remèdes sédatifs. (...) Ces remèdes, il en est peut-être de trois sortes : de puissantes diversions (...), des satisfactions substitutives (...), des stupéfiants qui nous anesthésient. »⁶

Dans cette perspective, le recours aux toxiques devient remède face aux douleurs multiples infligées par la vie. Cette suppression des souffrances morales, nous dit Freud, est possible parce que « les stupéfiants influencent notre être corporel, en changeant son chimisme. »⁷ Qu'est-ce donc que cet « être corporel » évoqué par Freud ? Comment ne pas penser à la souffrance exprimée par les sujets addictés, le plus souvent dans les périodes dites d'« abstinence », souffrance qu'ils peinent à mettre en mots et qu'ils résument de la façon suivante : « *Je suis mal dans ma peau.* »

⁶ FREUD, S. (1930). *Le malaise dans la culture*. Paris, Puf, coll « Quadrige », 2000, p. 17.

⁷ FREUD, S. (1930). *Ibid.*

La clinique des addictions nous amène à penser une clinique du paradoxe dans laquelle pulsion de vie et pulsion de mort viennent s'entremêler de façon complexe : se vivre comme « maître en sa demeure » en se faisant esclave, introduire la mort en soi pour se sentir exister, attaquer son corps pour se fabriquer une âme, faire appel à l'exacerbation des sens pour vivre psychiquement.

Dans ce contexte, nous identifions l'addiction comme témoignant d'une structuration spécifique de l'appareil psychique appartenant au registre des fonctionnements limites. Faute de pouvoir disposer d'un espace psychique suffisamment assuré, le sujet va avoir recours à des agirs producteurs de sensations, seuls aptes à lui procurer une enveloppe narcissique éphémère, mais toujours reproductible via la répétition du comportement addictif.

Ainsi, nous sommes amenée à proposer une conception du « sujet addicté » en tant qu'il diffère du sujet « consommateur de produits ».

Il s'agit pour nous de montrer comment la clinique des addictions « avec produits » nous amène à penser une organisation psychique spécifique relevant du champ des fonctionnements limites régi par des mécanismes de types autistiques, mécanismes venant signer l'achoppement dans la constitution de l'auto-érotisme primaire. Nous verrons comment les prises de produits viennent tenter de prendre en charge une psychè *Hilflos* car inapte à accueillir en elle la pulsion. Nous spécifierons ce mécanisme en montrant comment le recours au produit permet d'offrir une liaison provisoire de la pulsion de mort dans l'hallucination d'emprise.

Dans cette lignée, nous faisons l'hypothèse que l'*Hilflosigkeit* à l'œuvre chez le sujet addicté vient de façon spécifique rendre compte d'un défaut d'élaboration de la honte primaire et est l'expression de la « détresse auto-érotique ».

L'addiction vient témoigner de l'extrême détresse antérieurement vécue, par l'*infans*, dans le temps archaïque de l'établissement des fondements narcissiques, dans la dépendance absolue à la psychè maternelle. Ce trauma est celui de l'éprouvé de mort psychique et met en jeu les angoisses disséquant primitives.

Ne pouvant se figurer comme un être séparé, puisqu'il n'est pas né psychiquement, le sujet se voit alors contraint de s'auto-engendrer, en attaquant la vie en lui. Ainsi, c'est en incorporant le produit, source de mort physique, que le sujet peut venir se figurer comme vivant sur le plan psychique. Les fantasmes archaïques de vampirisation et d'écorchage qui sous-tendent ce mécanisme témoignent d'un déni de la mort et d'un lien mélancolique à l'objet.

C'est dans cette perspective que nous spécifions le transfert à l'œuvre chez ces sujets comme relevant d'un transfert « fondamental » mettant particulièrement en jeu la question de l'élaboration de la honte primaire.

Les carences connues dans l'établissement de l'auto-érotisme primaire oblitèrent la possibilité du sujet d'avoir accès au pouvoir métaphorique du mot. Dans ce contexte, nous faisons l'hypothèse que l'appareil psychique du sujet trouve une modalité particulière de pensée grâce à l'appel à la sensorialité. Ce relais sur la sensorialité témoigne à la fois d'une tentative de liaison de l'activité psychique, mais également d'un mécanisme d'attaque de la pensée, via le recours à des excitations extrêmes qui viennent déborder le psychisme.

Le déploiement de nos hypothèses théoriques s'effectuera en quatre temps.

Dans le premier, nous verrons comment la problématique addictive vient s'inscrire dans le champ conceptuel de la problématique des limites en mettant en jeu la question de la survie psychique. En effet, l'économie addictive se situe en deçà de la problématique de la perte d'objet et révèle un impératif de survie psychique requérant la mise en place de mécanismes paradoxaux témoignant d'un mouvement de désintrinsication-réintrinsication pulsionnel. Ceci nous amènera à interroger la mise en opposition des pulsions à l'œuvre dans la première topique freudienne.

Dans le deuxième temps de notre réflexion, nous étudierons les mécanismes en jeu dans la fabrication des objets « transitoires » chez le sujet addicté, en dégagant les processus de type autistique qui en sont à l'origine.

Le troisième temps de notre travail nous conduira à examiner plus avant comment le trauma primitif confrontant le sujet à un éprouvé de mort psychique vient modeler l'appareil psychique autour des mécanismes d'attaque de la pensée. Nous verrons comment ces mécanismes d'attaque sont producteurs de processus de pensée spécifiques. C'est dans ce contexte que nous spécifierons le transfert à l'œuvre chez le sujet addicté, non pas comme un transfert « paradoxal » mais plutôt comme un transfert « fondamental ».

Enfin, le dernier temps de notre recherche nous amènera à montrer en quoi l'*Hilflosigkeit* à laquelle se le sujet addicté se trouve en proie relève d'une honte dévastatrice non liée, oblitérant l'accès à la honte primaire.

1. PROBLEMATIQUE ADDICTIVE ET PROBLEMATIQUE DES LIMITES

1.1 De « l'échec » clinique aux premières hypothèses théoriques

1.1.1 La rencontre avec Laura

Laura est âgée de quinze ans. Ses parents ont découvert récemment sa consommation de cannabis, régulièrement associée à de l'alcool. Ils lui ont imposé de venir consulter dans une consultation dite pour « Jeunes Consommateurs », pour cesser toute consommation et ont également pris rendez-vous pour eux-mêmes dans cette même consultation afin de mieux comprendre sa situation.

Lorsque je la reçois pour la première fois, Laura ne cache rien du caractère imposé et contraignant pour elle de cette consultation. Elle refuse que sa mère, qui l'accompagne au rendez-vous, nous rejoigne en fin d'entretien, précisant que cela « *l'énerverait trop* ». Elle me dit néanmoins être curieuse du métier que j'exerce et souhaiter elle-même devenir psychiatre. Elle affirme que la question de la « *schizophrénie* » l'interroge parce qu'elle a eu une grand-mère paternelle « *complètement folle* ».

Laura ne considère pas sa consommation de cannabis comme réellement problématique, à juste titre, mais elle y mettra fin au bout de quelques entretiens « *au moins pour un moment* », pour apaiser les tensions familiales que son « *problème de drogue* » suscite.

Laura est en souffrance dans sa famille et peine à trouver sa place. Elle décrit une grande douleur dans la relation à sa mère, qui se montre souvent, malgré ses bonnes intentions affichées, violente et terriblement intrusive. C'est sa mère qui a découvert ses consommations de cannabis en lisant son journal intime. Laura dit avoir été rapidement « *étiquetée* » comme étant la « *toxico de la famille* » et trouve d'ailleurs une certaine satisfaction narcissique dans cette appellation.

Le travail avec Laura, qui acceptera de venir me rencontrer régulièrement pendant quelques mois, sera surtout centré sur sa place dans la famille et l'image dégradée qu'elle a de son corps. Laura se présente comme une jeune fille jolie et coquette, mais ses quelques kilos en

trop la perturbent beaucoup. Ils la renvoient à une image de petite enfant boulotte, là où elle voudrait montrer l'image « *sexy* » de la jeune femme rebelle qu'elle dit être en train de devenir. « *Sexe, drogue et rock n'roll* », voici la ligne de vie dans laquelle Laura voudrait s'inscrire. Toutefois, Laura trouve qu'elle ressemble à un « gros bébé ». De mon côté, je trouve qu'elle ressemble à une poupée. Son léger surpoids la ramène directement à l'image de sa mère, femme énergique et souvent rigide, elle-même « *complexée* » par son surpoids « *depuis toujours* ». Ses quelques « *kilos en trop* », renvoient Laura à un lien infantilisant paradoxal à une mère qui refuserait de la « *lâcher* ». Au cours de nos entretiens, Laura ne manquera pas de noter avec insistance mes propres variations de poids et se trouvera également très angoissée en observant les changements de ma silhouette au cours de ma première grossesse, s'inquiétant notamment de savoir comment je compte retrouver ma « *ligne* ».

Les entretiens restent tendus, mais se détache l'impression que Laura a investi la relation thérapeutique. Ses angoisses s'apaisent, elle réinvestit sa scolarité bien que ses relations avec sa mère restent difficiles. Laura constate d'ailleurs qu'après leurs rendez-vous avec le psychologue qui les suit au CSAPA dans le cadre de la consultation « Entourage », ses parents sont toujours « *très gentils* ». Elle accepte rapidement, de troquer ses consommations de cannabis contre le regard plus tendre que ses parents lui accordent.

Le temps des congés d'été arrivant, je propose à Laura de me contacter après les vacances scolaires, ce qu'elle accepte. Néanmoins, je reste sans nouvelles pendant un an.

Lorsqu'elle reprend contact avec le Centre de Soins, Laura dit ne plus souhaiter me rencontrer et désirer voir un autre psychologue, ce qui lui est refusé.

Laura revient consulter sur la pression de deux de ses amies qui ont menacé de rompre le lien avec elle si elle ne se traitait pas. Elle ajoute rapidement qu'elle pense que je suis furieuse contre elle car elle n'a pas tenu son engagement de reprendre contact avec moi après les vacances : « *Je m'y étais engagée et je ne l'ai pas fait : cela ne se fait pas !* ».

Je rencontre une jeune fille très différente et notamment très amincie. Elle semble très nerveuse et mal à l'aise. Je suis navrée d'apprendre que sa situation s'est aggravée et qu'elle consomme régulièrement de l'héroïne en injection depuis quelques mois. Je me demande évidemment ce que j'ai pu rater à ce point lors de ses dernières venues. Je n'aurais jamais imaginé ce scénario, pourtant le programme avait été annoncé... Laura ne sait plus très bien où elle en est et n'exprime aucun souhait de mettre un terme à sa consommation, au contraire ! Elle semble fascinée par sa propre image et le scandale qu'elle suscite : « *cette fois, je suis vraiment la toxico de la famille. De toute façon, j'ai toujours voulu être comme ça !* » m'assure-t-elle.

Laura ne parviendra pas à se réinscrire dans un suivi psychologique régulier. A plusieurs reprises, elle rompt brutalement le lien, dès que celui-ci semble reprendre consistance. Elle dit ne pas supporter le cadre, le silence, aussi bien le mien que le sien, et être « *mal à l'aise* », elle rit souvent nerveusement affirmant ne pas savoir « *quoi dire* ».

Au cours des années suivantes, elle fera appel à moi dans des moments critiques, pour mieux s'envoler une fois la crise résolue. Elle demande régulièrement à voir un autre psychologue, ce que je finis par accepter. Malgré ses demandes, Laura reprend toujours rendez-vous avec moi mais n'honore pas le rendez-vous. Le scénario se répète quasi inlassablement. Laura rejoint la cohorte des patients que je vois plus souvent sur mon planning que dans mon bureau.

Toutefois, dans un de ces moments de crise, je reçois une Laura qui présente tous les symptômes d'une franche dépression, sans en exprimer le moindre affect. Elle est à ce moment-là totalement abstinente depuis quelques semaines. Elle dit se sentir perdue, « *dans le brouillard* ». Après de nombreux encouragements de ma part, elle évoque le profond sentiment de solitude qu'elle a ressenti enfant, alors que ses parents étaient trop absorbés par leur activité professionnelle pour « *faire attention à elle* ». Elle dit avoir souvent eu « *peur* » lorsque ses parents la laissaient seule à la maison. Chose inédite dans notre relation, Laura se laisse aller à pleurer.

La semaine suivante, Laura m'annonce souhaiter interrompre à nouveau son suivi. En effet, elle pense que je ne la « *comprends pas* » et que je ne « *peux pas la comprendre* ». Je suis, dans un premier temps, sidérée par la violence qu'elle m'adresse et totalement impuissante face à sa détermination de rompre à nouveau le lien. Je parviens à souligner que cette nouvelle rupture fait suite à la tristesse et au profond sentiment d'abandon qu'elle est parvenue à exprimer, à mon contact, en ma présence, lors de notre dernier entretien. J'ai également le sentiment qu'elle souhaite m'en protéger, en m'épargnant toute nouvelle rencontre avec elle. Laura ne relève pas mais désigne alors la boîte de mouchoirs posée sur le bureau (que je lui ai tendue la semaine précédente) en criant presque : « *De toute façon ici c'est nul, vous n'avez même pas de boîte de mouchoirs de secours !!* ». Je lui demande ce qu'elle entend par là. Sans que je comprenne bien, Laura exprime l'idée qu'un jour cette boîte de mouchoirs sera vide et qu'il me faut avoir une seconde boîte de mouchoirs en réserve dans mon bureau. Ce qui n'est pas le cas d'après elle. Ceci pour elle montre bien à quel point je suis inapte à la recevoir. Sur

mon insistance, Laura ajoute : « *C'est comme pour mon journal intime. Un jour ma mère l'a lu. Elle m'a obligée à venir ici. Et ben vous savez ce que j'en ai fait ? Je l'ai brûlé et je préférerais crever plutôt que d'en réécrire un autre !* »

Laura refuse de s'attarder ne serait-ce qu'un instant sur ce qu'elle vient de livrer et interrompt notre rencontre. Je reste particulièrement bouleversée par ce qu'elle a pu exprimer, jusqu'à ressentir un profond désarroi teinté d'une grande tristesse. C'est un constat d'échec qui s'impose à moi. Je ne parviens pas à comprendre comment la rencontre affective vécue dans le transfert a pu susciter une telle destructivité ? Comment le contact émotionnel a-t-il pu s'avérer aussi menaçant pour Laura ? Je me demande, a posteriori, si je n'ai pas fait preuve de trop de sollicitude à son endroit. Si en partageant son affect, je ne l'ai pas entraînée sur un terrain qui ne peut qu'être vécu comme dangereux pour elle.

Je fais d'abord l'hypothèse qu'en rencontrant quelque chose de l'ordre d'une mère « soignante » à travers ce partage d'affect, Laura a ressenti inconsciemment le besoin de préserver l'image d'une mère féroce, intrusive, pour se protéger de carences vécues dans une période bien antérieure, auxquelles elle ne peut faire face.

1.1.2 La perspective kleinienne

D'après M. Klein, le nourrisson traverse, au cours de la première année de vie deux positions. La première est la « position schizo-paranoïde » et la seconde est la « position dépressive » décrite par Mélanie Klein comme « une mélancolie in statu nascendi »⁸.

La position schizo-paranoïde, est une phase de « sadisme maximal »⁹ de la part de l'*infans* à l'égard du sein et du corps de la mère : « [le nourrisson] désire l'évider, en dévorer le contenu, le détruire par tous les moyens que le sadisme propose. »¹⁰ La psyché de l'*infans* est en proie à des mouvements de haine féroce vis-à-vis de la mère (non encore identifiée comme telle, c'est-à-dire comme une personne totale) qui aboutiront au clivage de l'objet en « bon » et « mauvais » sein. Ce dernier est certes le sein en tant qu'il manque à l'*infans* mais également en tant que lieu de projection de son agressivité. Dès lors, le mauvais objet, mauvais sein, est

⁸ KLEIN, M. (1939). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. In *Deuil et dépression*, Paris, Payot & Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2005, 75-134, p.77.

⁹ KLEIN, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In *Deuil et dépression*, Paris, Payot & Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2005, 13-74, p.13.

¹⁰ KLEIN, M. (1934). *Ibid.*, p.13.

un objet persécuteur redouté par l'*infans* animé par la crainte que « [le mauvais objet] ne le [dévore], (...), ne prémédite sa destruction par tous les moyens que le sadisme peut inventer. »¹¹

Au cours de la position dépressive, le nourrisson réunit ces deux seins en un même objet total s'avérant tantôt bon, tantôt mauvais. Ce moment correspond à la fois à l'unification du moi et à celle de l'objet. Cette unification suscite une nouvelle angoisse : la peur que le sadisme l'emporte sur l'amour pour l'objet et que celui-ci s'en trouve détruit. La vie psychique de l'*infans* se voit placée sous le signe d'une extrême ambivalence :

Et ce n'est pas seulement la violence de l'incontrôlable haine du sujet qui met l'objet en péril, c'est aussi la violence de son amour. Car à ce stade de son développement, le fait d'aimer un objet et de le dévorer sont inséparables. Le petit enfant qui croit, lorsque sa mère disparaît, l'avoir mangée et détruite (que ce soit par amour ou par haine), est torturé d'angoisse à son sujet à elle, ainsi qu'au sujet de la bonne mère qu'il n'a plus pour l'avoir absorbée.¹²

La capacité de l'enfant à surmonter cette angoisse dépend de la capacité de la mère à lui procurer des expériences de plaisir et de bien-être : « Tous les plaisirs que le bébé ressent dans ses rapports avec sa mère sont pour lui autant de preuves que l'objet aimé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, n'a pas subi de blessures et ne s'est pas changé en un être vengeur »¹³

Si ces expériences de plaisir ne sont pas suffisantes du fait d'une défaillance de l'environnement maternel, les possibilités d'introjection du bon objet de façon stable et assurée sont gravement compromises :

Chez le jeune enfant, les expériences déplaisantes et le manque d'expériences agréables, l'absence, notamment de contact intime et heureux avec les personnes aimées, accroissent l'ambivalence, réduisent la confiance et l'espoir et confirment la peur de l'anéantissement intérieur et de la persécution interne.¹⁴

L'attitude de la mère réelle vis-à-vis de l'enfant a une incidence sur la qualité de la mère introjectée par l'enfant : la position dépressive est élaborée ou non selon la réponse donnée par l'environnement aux sollicitations de l'enfant. Si celles-ci sont suffisantes, elles permettent à l'enfant d'introjecter un bon objet dont la présence en lui n'est pas menacée. Si les conditions de vie de l'enfant sont précaires d'un point de vue affectif, celui-ci ne pourra que chercher, dans une lutte constante, à protéger les bons objets intériorisés et ceci, au moyen de mécanismes coûteux : la projection, le clivage et l'idéalisation.

¹¹ KLEIN, M. (1934). *Ibid.*, p.14.

¹² KLEIN, M. (1934). *Ibid.*, pp.22-23.

¹³ KLEIN, M. (1939). *Op.cit.*, p.81.

¹⁴ KLEIN, M. (1939). *Ibid.*, p.82.

Ainsi, chez Laura, nous avons pu observer combien l'écart entre le caractère dépressif de son discours et l'expression d'affects dépressifs était important. Dans sa vie quotidienne, tout se passait comme si les prises de produits, les scarifications et les prises de risque venaient donner un support à une tentative d'expression d'affects archaïques, souvent avortée.

S'il est souvent question d'une « dépression blanche » chez ces sujets, notamment au vu du caractère atone du discours et de graves carences dans l'expression des affects, il est également souvent question de « prises de risques » et de conduites dites « ordaliques », au cours desquelles ce sont, au contraire d'un mouvement dépressif, l'excitation et la toute-puissance qui dominent le tableau clinique. Dans la même lignée, cohabitent, chez Laura, deux mouvements : l'un souvent qualifié « d'hystérique » par les soignants l'ayant rencontrée et l'autre d'allure plus dépressive.

Je fais l'hypothèse que l'affect de tristesse ressenti par Laura est venu faire effraction dans son psychisme, la laissant en proie à une angoisse d'abandon insupportable. C'est afin de maintenir un lien interne à elle-même que se voit réactivée l'imgo maternelle toute-puissante et intrusive. Dans le cas de Laura, l'interpellation à mon endroit pourrait être formulée ainsi : « Comment osez-vous imaginer que je pourrais quitter ma mauvaise mère interne, qui, elle, ne m'a jamais lâchée ? ». Et Laura d'insister sur l'absence d'une « *boîte de mouchoirs de secours* » dans mon bureau comme si elle redoutait que je ne puisse en quelque sorte « éponger » son immense tristesse. J'envisage également qu'elle redoute peut-être de me laisser comme vidée d'affect, inerte suite à sa rencontre. A-t-elle cherché à me réanimer en m'interpellant sur un mode violent lors de notre dernière rencontre ?

Laura ne reviendra jamais me rencontrer mais j'aurai l'occasion de faire « quelque chose » pour elle. Après quelques péripéties, elle parvient à s'inscrire dans un suivi régulier avec un médecin-addictologue au sein du CSAPA. Elle réussit à se stabiliser grâce à la prise d'un traitement de substitution par méthadone, délivré quasi quotidiennement par les infirmières du Centre de Soins. A l'occasion d'une « rechute », un séjour dans un établissement thérapeutique lui est proposé.

Nous discutons en réunion de synthèse, afin de déterminer l'établissement qui lui conviendrait le mieux. Me rappelant la fascination exercée par l'image du toxicomane chez Laura, j'insiste pour que nous l'adressions à un établissement où les « narcotiques anonymes » (dérivés des « alcooliques anonymes ») et la méthode dite « Minnesota » sont très présents.

Cette méthode de traitement des dépendances a été initiée aux Etats-Unis, dans les années 1950 et a été largement développée en France. Elle met l'accent sur l'entraide que peuvent s'apporter les sujets addicts, partant du principe que la dépendance n'est jamais guérie, mais peut faire l'objet d'un « rétablissement ». Elle impose un parcours de soins ponctué par douze « étapes » qui viennent guider le sujet dans sa prise de conscience en l'invitant à développer sa spiritualité. Elle propose de considérer que chaque jour passé sans consommation de produits est une « victoire ». Enfin, les membres viennent constituer une « fraternité ».

J'imagine alors que Laura pourra, dans ce cadre, s'identifier, non plus à une « toxico » mais à une « toxico en rétablissement ». Il me semble qu'elle pourra peut-être évoquer sa destructivité interne en présence de ceux qui ont vécu la même expérience et y ont survécu. Et effectivement, Laura participera de façon active, y compris au cours des mois suivant sa sortie de cette clinique, aux réunions proposées par les Narcotiques Anonymes.

Nous voyons, à travers le cas de Laura, mis en perspective par la théorie kleinienne, comment l'accès à la position dépressive s'avère peu assuré. Le clivage de l'objet est particulièrement tenace en ce qu'il permet l'établissement d'une limite fermement dessinée entre le moi et le monde extérieur. Néanmoins, ce clivage témoigne de la grande précarité de cette limite mais aussi d'une incapacité de la psyché à penser que l'objet puisse survivre à ses attaques. C'est faute de pouvoir préserver, en soi, un bon objet intériorisé, c'est-à-dire un objet apte à survivre aux attaques du sujet, que le clivage s'instaure.

Nous voyons déjà poindre la question des fondements narcissiques dans les analyses développées, dans la mesure où c'est bien la question des possibilités de maintien du lien qui vient se poser dans le cas de Laura. En effet, Laura rompt la relation à chaque fois qu'un lien affectif se constitue, qu'il s'agisse du lien transférentiel ou du lien dont témoigne le contact à soi-même. Nous faisons alors l'hypothèse que Laura ne peut préserver un lien à elle-même qu'en attaquant le lien à l'autre dès qu'il se constitue. Il nous faut alors penser un fonctionnement intermédiaire entre l'organisation psychotique et l'organisation dépressive. Comment comprendre ce fonctionnement ? Comment le lien à sa propre intériorité peut-il s'originer dans la haine du lien à l'autre ?

1.2 Les fondements du narcissisme dans la perspective freudienne

1.2.1 Au commencement était la haine

En 1915, dans l'article de la *Métapsychologie* intitulé « Pulsions et destins des pulsions »¹⁵ Freud écrit :

La haine, en tant que relation à l'objet, est plus ancienne que l'amour ; elle provient du refus primordial que le moi narcissique oppose au monde extérieur, prodiguant les excitations. En tant que manifestation de la réaction de déplaisir suscitée par les objets, elle demeure toujours en relation intime avec les pulsions de conservation du moi, de sorte que les pulsions du moi et les pulsions sexuelles peuvent facilement en venir à une opposition qui répète celle de la haine et de l'amour.¹⁶

Freud établit ici un lien originaire entre haine et pulsion du moi et fait par là un lien étroit entre haine et narcissisme : « On peut même soutenir que les prototypes véritables de la relation de haine ne proviennent pas de la vie sexuelle mais **de la lutte du moi pour sa conservation et son affirmation** »¹⁷. Dès lors, la haine serait l'instrument privilégié du moi dans sa construction.

La différenciation première entre un « dehors » et un « dedans » est issue de la découverte du sujet selon laquelle il existe des excitations internes auxquelles il ne peut se soustraire par une action motrice. Ces excitations internes ont pour origine la pulsion qui exerce une pression constante et dont la source se trouve être non pas à l'extérieur mais à « l'intérieur du corps »¹⁸. Le sujet se trouve soumis à deux types d'excitations, l'une, d'origine interne, le pulsionnel, et l'autre d'origine externe via les multiples stimulations de la réalité extérieure. Il constate que les premières sont irréductibles :

Plaçons-nous dans la situation d'un être vivant qui se trouve dans une détresse presque totale, qui n'est pas encore orienté dans le monde et qui reçoit des excitations dans sa substance nerveuse. Cet être sera très rapidement en mesure d'effectuer une première distinction et de parvenir à une première orientation. D'une part, il sentira des excitations auxquelles il peut se soustraire par une action musculaire (fuite) : ces excitations, il les met au compte d'un monde extérieur ; mais, d'autre part, il sentira aussi des excitations contre lesquelles une telle action demeure vaine et qui conservent, malgré cette action, leur caractère de poussée constante ; ces excitations sont l'indice d'un monde intérieur, la preuve des besoins pulsionnels. La substance

¹⁵ FREUD, S. (1915a). Pulsions et destins des pulsions. In *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 2002, 11-43.

¹⁶ FREUD, S. (1915a). *Ibid.*, p.42, c'est nous qui soulignons.

¹⁷ FREUD, S. (1915a). *Ibid.*, p.40, c'est nous qui soulignons.

¹⁸ FREUD, S. (1915a). *Ibid.*, p.14.

perceptive de l'être vivant aura ainsi acquis, dans l'efficacité de son activité musculaire, un point d'appui pour séparer un « dehors » d'un « dedans ». ¹⁹

La reconnaissance par l'individu de son aliénation fondamentale aux pulsions qui le gouvernent vient inaugurer la différenciation première dedans-dehors. De cette première différenciation naît le « moi-réalité » ²⁰. La recherche de la satisfaction des besoins pulsionnels va, d'après Freud, être la source de profondes modifications psychiques, et ce, jusqu'à conduire le système nerveux à maturité. En effet :

Les excitations pulsionnelles, qui ont leur origine à l'intérieur de l'organisme, ne peuvent être liquidées par [la motricité]. Elles soumettent donc le système nerveux à des exigences beaucoup plus élevées, elles l'incitent à des activités compliquées, engrenées les unes dans les autres, qui apportent au monde extérieur ce qu'il faut de modifications pour satisfaire la source interne des excitations ; elles le forcent avant tout à renoncer à son intention idéale de tenir à l'écart l'excitation, puisqu'elles entretiennent un afflux d'excitations inévitables et continues. Nous pouvons donc bien conclure que ce sont elles, les pulsions, et non les excitations externes, qui sont les véritables promoteurs des progrès qui ont porté le système nerveux, avec toutes ses potentialités illimitées, au degré actuel de son développement. ²¹

C'est donc la pulsion qui est à l'origine du pôle d'activité de l'individu. Celui-ci est passif face aux excitations externes et actif face à la pulsion car la poussée pulsionnelle le conduit à agir afin de lui donner satisfaction. L'activité pulsionnelle se trouve soumise au principe de plaisir : la tension qu'elle engendre chez le sujet est source de déplaisir et la satisfaction du besoin pulsionnel aboutit au plaisir. Freud postule l'existence d'un état originaire, le narcissisme, au cours duquel les pulsions méconnaissent le monde extérieur pour investir totalement le moi. Il précise dans son article « Pour introduire le narcissisme » ²² que cet état perdure finalement tout au long de la vie de l'individu. Le narcissisme est une donnée structurale de la psyché humaine :

Nous nous formons ainsi la représentation d'un investissement libidinal originaire du moi ; plus tard une partie en est cédée aux objets, mais, fondamentalement, l'investissement du moi persiste et se comporte envers les investissements d'objet comme le corps d'un animalcule protoplasmique envers les pseudopodes qu'il a émis. ²³

Sous la régence du principe de plaisir, le moi-réalité à peine différencié du monde extérieur va subir une modification. Une nouvelle partition va être mise en place et conduire à l'instauration d'un « moi-plaisir purifié » ²⁴.

Cette partition nouvelle entre intérieur et extérieur est le produit d'un rejet à l'extérieur des sources de déplaisir et d'une introjection des sources de plaisir. C'est dans cette seconde

¹⁹ FREUD, S. (1915a). *Ibid.*, pp.14-15.

²⁰ FREUD, S. (1915a). *Ibid.*, p.37.

²¹ FREUD, S. (1915a). *Ibid.*, pp.16-17.

²² FREUD, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*, paris, Puf, 2002, 81-105.

²³ FREUD, S. (1914). *Ibid.*, p.83.

²⁴ FREUD, S. (1915a). *Op.cit.*, p. 37.

partition que la haine apparaît et occupe une fonction fondamentale dans la structuration originaire de la psyché. La haine est le moteur de la constitution de ce moi-plaisir purifié en ce qu'elle rejette à l'extérieur les sources de déplaisir et vient ainsi constituer un second clivage entre dedans et dehors. Ainsi, le rapport fondamental et premier du moi à l'objet est un rapport de haine. Mais ce rapport de haine existe également à l'intérieur du moi. En effet, afin de constituer le moi-plaisir, le moi va expulser à l'extérieur ce qui, en lui, est source de déplaisir. Il va parallèlement introjecter ce qui, de l'extérieur, est pour lui source de plaisir. Nous voyons donc ici comment la haine se trouve fondamentalement attachée à ce qui est source de déplaisir pour le moi que cette source se situe en lui ou à l'extérieur.

Nous comprenons en quoi la haine s'avère finalement issue d'une période originaire et fondatrice du moi, antérieure à l'apparition de l'amour. La haine est constitutive de la psyché et du narcissisme et se trouve en lien étroit avec les pulsions d'auto-conservation.

1.2.2 Généalogie de la haine : la question de la dépendance vitale

Les pulsions d'auto-conservation renvoient à la satisfaction des besoins vitaux de l'individu, elles ont pour objet la survie du moi. Les pulsions sexuelles sont consacrées à la perpétuation de l'espèce. Ces deux types de pulsions gouvernent la vie humaine : « Toutes les pulsions organiques qui sont à l'œuvre dans notre âme peuvent être classées, suivant les mots du poète, en « faim » et en « amour ». »²⁵ A cette époque de son œuvre, Freud situe l'étiologie de la névrose dans le conflit opposant pulsions du moi et pulsions sexuelles.

Les pulsions d'auto-conservation sont premières et constituent le fondement sur lequel viennent s'étayer les pulsions sexuelles : « L'activité sexuelle s'étaye tout d'abord sur une des fonctions servant à la conservation de la vie et ne s'en affranchit que plus tard. »²⁶ Le modèle paradigmatique de la satisfaction de la pulsion d'auto-conservation se situe dans la relation précoce mère-enfant.

En effet, l'enfant naît dans un état de néoténie et dépend entièrement de l'autre pour la satisfaction de ses besoins vitaux. Cet état premier est appelé « état de détresse » (*Hilflosigkeit*) par Freud. Contrairement à la pulsion sexuelle qui peut être auto-érotique et par là se satisfaire sur le corps propre de l'individu, la pulsion d'autoconservation, dont le prototype est la faim, dépend entièrement, pour sa satisfaction, des soins maternels. Freud va jusqu'à établir un lien

²⁵ FREUD, S. (1910). Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique. In *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 2002, 167-173, p. 170.

²⁶ FREUD, S. (1905a). La sexualité infantile. In *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2002, 91-140, p. 105.

entre la satisfaction de la pulsion d'auto-conservation par les soins maternels et la possibilité d'accéder au narcissisme :

Quant à celle des pulsions sexuelles qui exigent d'emblée un objet, et aux besoins des pulsions du moi, qui ne peuvent jamais être satisfaits de façon auto-érotique, ils ne peuvent que troubler cet état et préparer la progression. **De fait l'état originaire narcissique ne pourrait connaître ce développement si chaque être individuel ne passait par une période de détresse et de soins pendant laquelle ses besoins pressants sont satisfaits par l'intervention de l'extérieur et ainsi préservés de tout développement.**²⁷

Dans un texte ultérieur²⁸, Freud associe à ce désaide biologique, un « désaide psychique » :

(...), l'angoisse se révèle être le produit du désaide psychique du nourrisson, qui est, cela va de soi, le pendant de son désaide biologique. Cette conjonction frappante - (...) - n'a pas besoin d'une interprétation psychologique ; elle s'explique biologiquement avec suffisamment de simplicité par le fait que la mère, qui avait d'abord apaisé tous les besoins du fœtus par les aménagements de son ventre, poursuit aussi en partie la même fonction par d'autres moyens après la naissance. Vie intra-utérine et première enfance sont donc bien plus un continuum que la césure frappante de l'acte de la naissance ne nous le laisse croire. **L'objet maternel psychique remplace pour l'enfant la situation fœtale biologique.**²⁹

Ainsi, l'*infans* dépend entièrement de l'environnement extérieur, celui-ci étant représenté par la mère, tant pour la satisfaction de ses besoins vitaux que pour la satisfaction de ses besoins psychiques. Ceux-ci consistent, pour Freud, en un éveil de la pulsion de l'enfant par les soins maternels :

Le commerce de l'enfant avec la personne qui le soigne est pour lui une source continue d'excitation sexuelle et de satisfaction partant des zones érogènes, d'autant plus que cette dernière - qui, en définitive est en règle générale la mère - fait don à l'enfant de sentiments issus de sa propre vie sexuelle, le caresse, l'embrasse et le berce, et le prend tout à fait comme substitut d'un objet sexuel à part entière. La mère serait probablement effarée si on lui expliquait qu'avec toutes ses marques de tendresse elle éveille la pulsion sexuelle de son enfant et prépare son intensité future. (...) [Mais] elle ne fait que remplir son devoir lorsqu'elle apprend à l'enfant à aimer ; celui-ci doit en effet devenir un être humain capable, doté d'un besoin sexuel énergique, et réaliser dans son existence tout ce à quoi la pulsion pousse l'individu.³⁰

Les soins maternels se regroupent autour d'une double polarité : la première concerne la pulsion d'auto-conservation à travers la satisfaction des besoins vitaux et la seconde, l'éveil de la pulsion sexuelle de l'enfant. Ce second versant vient s'étayer sur le premier et correspond à la part libidinale inhibée quant au but de l'investissement de la mère sur l'enfant. C'est à partir de cet investissement que viendra se constituer le narcissisme de l'enfant. En effet, dans son

²⁷ FREUD, S. (1915a). *Op.cit.*, p.36, note de bas de page 1, c'est nous qui soulignons.

²⁸ FREUD, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, Puf, coll « Quadrige », 2002.

²⁹ FREUD, S. (1926). *Ibid.*, pp.51-52, c'est nous qui soulignons.

³⁰ FREUD, S. (1905b). Les métamorphoses de la puberté. In *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2002, 141-175, p.166.

article « Pour introduire le narcissisme »³¹, Freud montre comment les projections parentales, reviviscences de leur propre narcissisme, viennent constituer la base sur laquelle s'édifieront les instances idéales du sujet (moi idéal et idéal du moi), fruits de son narcissisme :

C'est à ce moi idéal que s'adresse maintenant l'amour de soi dont jouissait dans l'enfance le moi réel. Il apparaît que le narcissisme est déplacé sur ce nouveau moi idéal qui se trouve, comme le moi infantile [porté par les projections du narcissisme parental sur l'enfant], en possession de toutes les perfections. Comme c'est chaque fois le cas dans le domaine de la libido, l'homme s'est montré incapable de renoncer à la satisfaction dont il a joui une fois. Il ne veut pas se passer de la perfection narcissique de son enfance ; s'il n'a pas pu la maintenir, car, pendant son développement, les réprimandes des autres l'ont troublé et son propre jugement s'est éveillé, il cherche à la regagner sous la nouvelle forme de l'idéal du moi. Ce qu'il projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance ; en ce temps-là, il était lui-même son propre idéal.³²

Freud pense d'emblée le narcissisme en terme relationnel : il est le fruit de la façon dont l'enfant est psychiquement investi par ses parents³³. Cet investissement et notamment l'investissement maternel vont venir constituer le modèle sur lequel s'organiseront les futurs investissements objectaux du sujet :

Ce n'est pas sans de bonnes raisons que la figure de l'enfant qui tète le sein de sa mère est devenue **le modèle de tout rapport amoureux**. La découverte de l'objet est à vrai dire une redécouverte. (...). Durant la période de latence, l'enfant apprend à *aimer* d'autres personnes – **entièrement sur le modèle de ses relations de nourrisson avec sa nourrice et en continuation de celles-ci** - qui remédient à son état d'impuissance et satisfont ses besoins.³⁴

L'éveil de la libido par les soins tendres de la mère conditionne à la fois la façon dont la libido de l'enfant viendra investir son moi propre (libido du moi, narcissisme) et par là, la façon dont la libido du sujet investira les objets (libido d'objet).

Nous voyons en quoi la relation mère-enfant s'avère absolument centrale dans le développement psychique de l'enfant :

[La mère ne se contente pas de nourrir l'enfant], elle [le] soigne et éveille ainsi en lui maintes sensations physiques agréables ou désagréables. Grâce aux soins qu'elle lui prodigue, elle devient sa première séductrice. Par ces deux sortes de relations, la mère acquiert une importance unique, incomparable, inaltérable et permanente et devient pour les deux sexes l'objet du premier et du plus puissant des amours, (...).³⁵

La dépendance est donc double : à la fois physiologique et psychique. Il s'agit d'une dépendance vitale dans les deux cas : vie somatique et vie psychique sont suspendues aux soins et à l'investissement maternels.

³¹ FREUD, S. (1914). *Op.cit.*

³² FREUD, S. (1914). *Ibid.*, p.98.

³³ Pour Freud, cependant, cet investissement semble aller de soi et être systématiquement placé sous le signe de la surestimation de l'enfant, ce qui le pousse à énoncer la formule suivante : « *His Majesty the Baby* » révélatrice, d'après lui, de l'investissement parental. FREUD, S. (1914). *Ibid.*, p.96.

³⁴ FREUD, S. (1905b). *Op.cit.*, p.165, c'est nous qui soulignons.

³⁵ FREUD, S. (1938b). *Abrégé de Psychanalyse*. Paris, Puf, 2004, p.59.

Nous avons vu précédemment que la haine se trouvait étroitement liée, dans la constitution du moi de l'enfant et plus particulièrement dans le processus de séparation dedans-dehors, avec la pulsion d'auto-conservation. Cette dernière se trouve à la base de la relation mère-enfant, du fait même de l'existence de la double dépendance physique et psychique de l'*infans* vis-à-vis de la mère. Elle se trouve également liée à la constitution du narcissisme de l'enfant. Dès lors, il semble que la relation mère-enfant, certes faite « du plus puissant des amours » ne puisse être par essence, que foncièrement ambivalente, d'autant plus qu'elle naît dans un contexte où la haine agit en concomitance avec les pulsions du moi afin de constituer le moi-plaisir. Ainsi :

L'histoire de l'amour dans son apparition et ses relations nous fait comprendre pourquoi il se présente si souvent comme ambivalent, c'est-à-dire accompagné de motions de haine visant le même objet. La haine mêlée à l'amour provient en partie des stades préliminaires de l'amour, incomplètement dépassés, et est, en partie, fondée sur des réactions de refus de la part des pulsions du moi (...). Ainsi, (...), cet élément de haine trouve sa source dans les pulsions de conservation du moi.³⁶

Nous pouvons supposer que la relation mère-enfant s'inscrit d'emblée dans une haine fondamentale liée à la pulsion d'auto-conservation. Nous pouvons associer cette haine avec l'état de désaide et de dépendance vitale qui gouverne la relation du nourrisson avec le monde extérieur.

La haine se trouverait donc au centre de cette différenciation inaugurale moi/non-moi constitutive de la psyché et viendrait également s'inscrire dans notre rapport à l'altérité. Ce rapport s'avère ainsi foncièrement ambivalent :

D'un côté les êtres chers sont pour nous un bien intérieur, une partie constituante de notre moi propre, mais de l'autre ils sont aussi pour une part des étrangers, voire des ennemis. A nos relations d'amour les plus tendres et les plus intimes est attachée, sauf dans un tout petit nombre de situations, une parcelle d'hostilité, capable de stimuler notre désir de mort inconscient. (...) Résumons-nous donc : tout autant que l'homme des temps originaires, notre inconscient est inaccessible à la représentation de notre mort, est plein de désirs meurtriers sanguinaires à l'égard de l'étranger, est divisé (ambivalent) à l'égard de la personne aimée.³⁷

Ainsi, même l'être le plus aimé reste fondamentalement un étranger pour le sujet. C'est cette dimension qui porte la part de haine inhérente à toute relation avec un autre. Nous allons maintenant voir en quoi, pour Freud, l'homme se trouve fondamentalement soumis à cette tension entre son besoin vital de l'autre et la haine de cette dépendance.

³⁶ FREUD, S. (1915a). *Op.cit.*, p.42.

³⁷ FREUD, S. (1915d). Considérations actuelles sur la guerre et la mort. In *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, coll « Petite Bibliothèque Payot », 2002, 9-46, pp.44-45.

1.2.3 Haine et altérité

A ce point de notre réflexion, nous nous centrerons principalement sur l'ouvrage de Freud intitulé *Le malaise dans la culture*³⁸. Nous pouvons d'ores et déjà remarquer que cet ouvrage qui est inauguré par une interrogation sur la genèse du sentiment océanique, reflet, pour Freud, du sentiment primitif de fusion de moi avec le monde extérieur³⁹, se poursuit sur un questionnement sur la notion de bonheur et une analyse des mouvements à l'œuvre dans la culture. Freud y montre comment la culture est le fruit d'un double renoncement pulsionnel : renoncement au déchaînement des pulsions agressives et renoncement à la satisfaction totale des pulsions sexuelles, à travers la mise en place du tabou de l'inceste.

Dans son cheminement, Freud identifie plusieurs sources de souffrance pour l'homme :

La souffrance menace de trois côtés, en provenance du corps propre qui, voué à la déchéance et à la dissolution, ne peut même pas se passer de la douleur et de l'angoisse, comme signaux d'alarme, en provenance du monde extérieur qui peut faire rage contre nous avec des forces surpuissantes, inexorables et destructrices, **et finalement à partir des relations avec d'autres hommes. La souffrance issue de cette source, nous la ressentons peut-être plus douloureusement que tout autre ; nous sommes enclins à voir en elle un ingrédient en quelque sorte superflu, même si, en termes de destin, elle n'est peut-être bien pas moins inéluctable que la souffrance d'une autre provenance.**⁴⁰

Cette troisième source de souffrance, celle que les hommes s'infligent les uns aux autres du fait même du lien de dépendance mutuelle qui existe entre eux apparaît particulièrement révoltante et insupportable. Il faut dire que le lien unissant les hommes les uns aux autres est un lien issu d'une nécessité de survie. Il est donc le fruit de la pulsion d'auto-conservation. La pulsion sexuelle qui concourt bien évidemment à l'établissement des liens libidinaux tendres et érotiques se trouve, elle, gravement réfrénée par les exigences culturelles en lien avec le tabou de l'inceste. L'homme échange une part importante de satisfaction pulsionnelle contre une part de sécurité.

Freud reprend la formule de Plaute, *homo homini lupus*, destinée à résumer la violence et le danger régnant dans une horde humaine qui ne serait régie par aucun droit et où chacun devient finalement susceptible de dévorer l'autre. La culture s'inscrit en opposition avec cet état originnaire en offrant à chacun une protection et par là une chance de survie contre une part de satisfaction pulsionnelle agressive. Nous trouvons ici la définition freudienne de la

³⁸ FREUD, S. (1930). *Le malaise dans la culture*. Paris, Puf, coll « Quadrige », 2000.

³⁹ « (...) : à l'origine, le moi contient tout, ultérieurement, il sépare de lui un monde extérieur. ». FREUD, S. (1930). *Ibid.*, p.9.

⁴⁰ FREUD, S. (1930). *Ibid.*, p.19, c'est nous qui soulignons.

culture comme « la somme totale des réalisations et dispositifs par lesquels notre vie s'éloigne de celle de nos ancêtres animaux et qui nous servent à deux fins : la protection de l'homme contre la nature et la réglementation des relations des hommes entre eux. »⁴¹ Cette réglementation porte sur les deux versants des relations humaines : le courant sexuel et le courant agressif.

Freud isole une pulsion d'agression fondamentale au sein de la psyché humaine. Examinant le commandement « Tu aimeras ton prochain comme toi-même », il montre en quoi ce commandement s'avère particulièrement inepte en ce qui concerne l'être humain. En effet, le prochain, l'étranger « a davantage droit à mon hostilité, voire à ma haine [qu'à mon amour]. »⁴² En effet, le lien de dépendance qui unit les hommes entre eux est concomitant d'une haine de l'autre, l'ambiguïté du génitif étant ici la bienvenue, fondamentale et toujours-déjà présente. Dès 1921, Freud avait repéré cette hostilité fondamentale : « Le sentiment social repose ainsi sur le retournement d'un sentiment d'abord hostile en un lien à caractère positif, de la nature d'une identification. »⁴³ Cependant, l'hostilité foncière envers l'autre n'était pas encore conceptualisée comme résultant d'une pulsion d'agression autonome. C'est cette thèse qu'il développe dans *Le malaise dans la culture* :

(...) l'homme n'est pas un être doux, en besoin d'amour, qui serait tout au plus en mesure de se défendre quand il est attaqué, (...) au contraire il compte aussi à juste titre parmi ses aptitudes pulsionnelles une très forte part de penchant à l'agression. En conséquence de quoi, le prochain n'est pas seulement une aide ou un partenaire sexuel possibles, mais aussi une tentation, celle de satisfaire sur lui son agression, d'exploiter sans dédommagement sa force de travail, de l'utiliser sexuellement sans son consentement, de s'approprié ce qu'il possède, de l'humilier, de lui causer des douleurs, de la martyriser et de le tuer.⁴⁴

C'est bien une haine fondamentale sous-tendue par la pulsion d'agression qui est originellement présente dans le rapport interhumain.

Le travail de la culture se trouve toujours-déjà dans une impasse : Si elle vise à donner à chacun une chance de vivre en lui assurant la sécurité, elle lui ôte au passage une part de bonheur en limitant ses possibilités de jouissance. Finalement, la culture n'est que le résultat d'un douloureux compromis entre nécessité de survie et satisfaction pulsionnelle. Sa visée n'est pas de procurer le bonheur à chacun mais de permettre l'instauration d'un vivre ensemble rendu nécessaire par l'exigence de satisfaction de la pulsion d'auto-conservation. La culture limite

⁴¹ FREUD, S. (1930). *Ibid.*, pp.32-33.

⁴² FREUD, S. (1930). *Ibid.*, p.52.

⁴³ FREUD, S. (1921). Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, coll « Petite Bibliothèque Payot », 2002, 129-242, p.209.

⁴⁴ FREUD, S. (1930). *Op.cit.*, pp.53-54.

notablement la liberté individuelle en ce qu'elle impose à chacun de sévères restrictions pulsionnelles et l'individu est, par essence, en révolte permanente contre les exigences culturelles :

Nous nous comportons différemment envers la troisième source, la source de souffrance sociale. Celle-là, nous ne voulons absolument pas l'admettre, nous ne pouvons discerner pourquoi les dispositifs créés par nous-mêmes ne devraient pas être bien plutôt une protection et un bienfait pour nous tous. De toute façon, si nous considérons combien nous avons mal réussi en ce qui concerne précisément ce secteur de prévention de la souffrance, **le soupçon s'éveille en nous que là-dedans pourrait aussi se cacher une part de l'invincible nature, cette fois-ci une part de notre propre complexion psychique.**⁴⁵

Si le renoncement à une part de la satisfaction pulsionnelle est ce qui cimente le lien culturel, il est aussi ce qui apparaît comme le plus révoltant à l'homme et ce contre quoi il ne renonce finalement jamais totalement à se battre. Le renoncement n'est jamais acquis et toujours à construire. Croire le contraire relève d'une illusion :

(...) : notre affliction et notre douloureuse désolation provoquée par les comportements non civilisés de nos concitoyens du monde durant cette guerre [la première guerre mondiale] étaient injustifiées. **Elles reposaient sur une illusion** à laquelle nous nous étions laissé prendre. En réalité, ils ne sont pas tombés aussi bas que nous le redoutions, parce qu'ils ne s'étaient absolument pas élevés aussi haut que nous l'avions pensé d'eux. (...) **Ainsi, le remaniement pulsionnel sur lequel repose notre aptitude à la civilisation, peut lui aussi être ramené en arrière - -de façon durable ou transitoire – par les interventions de la vie.** Sans aucun doute, les influences exercées par la guerre sont au nombre des forces capables de produire un tel retour en arrière et c'est pourquoi nous n'avons pas à considérer comme inaptes à la civilisation tous ceux qui actuellement [au cours de la première guerre mondiale] ne se comportent pas en hommes civilisés et il nous est permis d'espérer qu'en des temps plus tranquilles **l'ennoblissement des pulsions** se rétablira.⁴⁶

Le travail de la culture s'avère extrêmement ténu et relève d'une éducation pulsionnelle permanente car le refrenement des pulsions n'est accepté qu'à contrecœur, douloureusement, et sous la contrainte de la pulsion d'auto-conservation. L'illusion ne doit pas être de mise, la pulsion conserve sa suprématie dans la vie psychique humaine et sa domestication n'est le plus souvent qu'apparente. Le travail de la culture se heurte constamment à un fond d'hostilité primaire, liée à la poussée pulsionnelle libidinale et agressive qui anime le psychisme individuel. Le lien social se trouve de façon permanente menacé de destruction. Nous trouvons ici la notion d'auto-destruction à l'œuvre.

En effet, c'est une exigence de survie qui est à l'origine de la construction du lien social et ce lien, pourtant garant de la vie humaine, se voit paradoxalement attaqué par celui même dont il permet l'existence, à savoir l'être humain. Dès lors, nous comprenons bien l'interrogation finale de Freud, interrogation toujours d'actualité :

⁴⁵ FREUD, S. (1930). *Ibid.*, p.29, c'est nous qui soulignons.

⁴⁶ FREUD, S. (1915d). *Op.cit.*, pp.24-27, c'est nous qui soulignons.

La question décisive pour le destin de l'espèce humaine me semble être de savoir si et dans quelle mesure son développement culturel réussira à se rendre maître de la perturbation apportée à la vie en commun par l'humaine pulsion d'agression et d'auto-anéantissement. (...). Les hommes sont maintenant parvenus si loin dans la domination des forces de la nature qu'avec l'aide de ces dernières il leur est facile de s'exterminer les uns les autres jusqu'au dernier. Ils le savent, de là une bonne part de leur inquiétude présente, de leur malheur, de leur fonds d'angoisse. Et maintenant il faut s'attendre à ce que l'autre des deux « puissances célestes », l'Eros éternel, fasse un effort pour s'affirmer dans le combat contre son adversaire tout aussi immortel. Mais qui peut présumer du succès ou de l'issue ?⁴⁷

Le lien unissant les hommes entre eux se voit fondamentalement attaqué du fait même de l'existence des pulsions agressives, érotiques et d'auto-destruction.

Nous avons vu au cours de ce développement que la haine se trouvait au cœur même de la constitution de la psyché, dans la bipartition dedans-dehors, qu'elle faisait partie intégrante de tout lien d'amour du fait de l'investissement narcissique primaire du moi et enfin qu'elle était originairement présente dans le rapport du sujet à l'autre. En effet, l'être humain a besoin de l'aide et du travail de l'autre pour sa survie. Cette exigence de survie lui impose nécessairement d'être en rapport étroit avec l'autre. Or, ce rapport est source d'une souffrance et d'un déplaisir inaliénable qui ne peut que susciter la haine du sujet à l'endroit de ce lien de dépendance qui lui est imposé par la vie.

1.2.4 Premières hypothèses théoriques.

Dans tous les registres où la dépendance vitale du sujet à l'autre est présente, nous retrouvons inmanquablement la présence d'une haine fondamentale suscitée par cette dépendance. Nous pouvons mieux comprendre ce qui s'est trouvé mis en jeu pour Laura. Le lien transférentiel est venu prendre corps dans l'émergence d'un affect de tristesse, ce qui est venu réactiver la situation de dépendance infans-psyché maternelle et l'affect de haine non lié que ce lien de dépendance a suscité.

Dans ce contexte, nous faisons l'hypothèse que le sujet addicté se trouverait pris dans une haine de la dépendance à l'autre non métabolisée sur le plan psychique du fait des carences à l'œuvre dans les soins maternels dans la période où s'établissent les fondements narcissiques du sujet. Nous pouvons à présent poser l'hypothèse selon laquelle la prise de produit viserait, chez le sujet addicté, la création chimiquement induite, d'un « moi-plaisir » permettant

⁴⁷ FREUD, S. (1930). *Op.cit.*, p.89.

d'assurer la limite entre dedans et dehors. Ce mécanisme hallucinatoire permettrait également de créer provisoirement des limites internes.

Dès lors, nous serions également amenée à postuler un échec du « travail » de la haine, à l'œuvre dans la constitution des limites du moi et de relier cet échec à un défaut de plaisir connu dans la relation de dépendance mère-*infans*.

Nous voyons également comment la conception de la haine a évolué dans la pensée freudienne. La haine est ainsi l'instrument qui permet au moi d'expulser, de mettre au dehors, dans la première topique et se trouve au service des pulsions du moi. Elle devient, dans la seconde topique, l'instrument de la pulsion de mort, ce qui attaque la liaison, ce qui délie.

1.3 L'addiction, une problématique de survie psychique

1.3.1 Le cas de François

Lorsque je le rencontre pour la première fois, François se présente sous les abords aimables, pour ne pas dire « bien élevé », d'un homme âgé de quarante-cinq ans, souhaitant se défaire de ses consommations de codéine⁴⁸, consommations qui avaient succédé à des alcoolisations massives et quotidiennes pendant de longues années. Sans pouvoir mettre des mots sur ce qui motive l'actualité de cette nouvelle demande de soins, François veut mettre un terme à ses consommations de produits.

François vit seul depuis plusieurs années, mais il dit ne pas souffrir de cette solitude, au contraire. Il n'a pas d'enfants, pas de compagne, pas d'ami. Son frère est mort quelques années auparavant des conséquences de son alcoolisme. Ce frère a laissé un fils, avec lequel François n'a plus aucun lien. Son père est décédé en tout début d'année. Seule lui reste sa mère.

Si François a déjà fréquenté un Centre de Soins en addictologie pendant plusieurs années, sa prise en charge s'y est limitée au strict plan médical via la prescription d'un traitement de substitution, la buprénorphine. Il n'a jamais rencontré aucun psychologue dans le cadre d'entretiens réguliers. Il me dira par la suite avoir souhaité me revoir « *par curiosité* ».

⁴⁸ La codéine est un opiacé qui a été disponible sans ordonnance en pharmacie jusqu'au 13 juillet 2017. Le sevrage de la codéine est parfois réalisé via la prescription d'un Traitement de Substitution aux Opiacés.

Nous pouvons déjà souligner que c'est suite à la mort de son père que François a, à nouveau, entrepris une démarche de soins. Ainsi, François est le dernier homme survivant de la famille. Nous faisons l'hypothèse que François s'est à nouveau inscrit dans le soin pour rester vivant et ne pas abandonner sa mère comme l'ont fait son père et son frère. Nous imaginons également que le Centre de Soins vient faire tiers dans la relation fusionnelle qu'il entretient avec sa mère.

François n'aura de cesse, au cours de la première année de notre travail, de questionner remettre en question, parfois de façon agressive, l'intérêt qu'il pourrait y avoir à tenter de se raconter. « *Tout cela ne sert à rien, je ne vois pas ce que je fais là* » sera le préambule régulier de chacun de nos entretiens, entretiens auxquels François vient, pourtant, avec une parfaite assiduité. Chacune de mes propositions, de mes questions, voire de mes reformulations est balayée d'un revers de main comme relevant d'une parfaite absurdité. A l'entendre, François ne connaît ni doute, ni affects, ni douleur, ni bonheur... J'en arrive à douter de mes capacités à pouvoir l'entendre et éprouve régulièrement le sentiment d'être outrageusement stupide. Il utilise régulièrement des formules aussi lapidaires que conclusives pour banaliser des événements pourtant hautement inquiétants. Il supporte mal l'expression d'une quelconque forme de sensibilité de ma part quant à sa situation.

François a très rapidement retrouvé un travail. Néanmoins, lors de notre deuxième rencontre, reportée car il ne s'est pas présenté au deuxième rendez-vous prévu, François m'apprend qu'il a été submergé d'angoisse à l'idée de prendre ses fonctions et qu'il n'a trouvé d'autres moyens d'éviter cette situation que d'avalier une boîte entière d'hypnotique. François s'est trouvé plongé dans un coma léger dont il s'est spontanément réveillé deux jours plus tard, chez lui.

Je suis affolée en apprenant cet événement et lui demande ce qui a bien pu le pousser à ce geste suicidaire. Si la perspective de se rendre au travail était si angoissante, pourquoi n'avoir pas, tout simplement, prévenu son nouvel employeur de son absence ? François affirme avoir été paralysé par l'angoisse. Lorsque je lui indique qu'au vu de son état psychique, il n'est sans doute pas, de toute façon, en mesure de travailler, François me répond : « *Non c'est juste de la paresse ! je suis un gros fainnant, c'est tout. Je peux trouver facilement du travail, pas de problème ! Je suis en parfaite santé, je n'ai aucune excuse.* »

Il faudra au moins une année pour que François envisage de s'inscrire dans le cadre d'un RSA pour « Soin » et qu'il abandonne toute idée de réinsertion professionnelle dans un avenir proche.

Concernant ses prises de produits, François les décrit comme absolument indispensables à sa vie, pour ne pas dire à sa survie. Il lui sera, pendant les quatre années suivantes, impossible d'envisager de vivre « *sans rien prendre* ». Cette idée suscite en lui une angoisse massive le laissant quasiment sans voix. Il refusera tout projet de séjour thérapeutique, anticipant un échec programmé de la cure.

Lorsque je le questionne sur l'effet que la codéine (et aujourd'hui la buprénorphine) lui procure, François reste quasiment sans voix. S'il consomme parfois pour soulager une angoisse diffuse ou un affect dépressif, François annonce également se droguer lorsqu'il se sent bien, en vue de prolonger ou d'amplifier la sensation de bien-être ressenti. Face au refus de certains médecins de lui prescrire un dépassement de son traitement, François s'indigne, se montre très agressif et se sent profondément humilié. Si François peut admettre de façon abstraite souffrir de toxicomanie, il ne supporte pas d'être perçu comme un « *toxico* » dans la mesure où ses prises de produits se sont toujours inscrites dans la légalité, au sens strict. Et en effet, rien n'interdit, en France, de consommer de l'alcool ou de se faire prescrire un antalgique. De plus, François n'a jamais acheté les médicaments dont il est dépendant au marché noir. Il lui est impossible d'admettre que ses consommations de médicaments relèvent d'un détournement dans la mesure où elles le soignent d'une certaine façon, en lui permettant tout simplement de vivre : « *je ne dérange personne et je ne demande pas grand-chose !* » affirme-t-il régulièrement.

Effectivement, ces médicaments, usuellement prescrits comme antalgiques dans le cadre d'une pathologie somatique, soignent François d'une certaine manière, en lui permettant de survivre sur le plan psychique.

1.3.2 De la « toxicomanie » à « l'addiction » : la perspective développée par J. McDougall

J. McDougall a introduit en France le terme anglo-saxon « addiction »⁴⁹ afin de décrire les conduites de dépendance d'un sujet à une substance ou à un type particulier de relation avec l'autre. J. McDougall propose d'utiliser ce terme préférentiellement à celui de « toxicomanie ».

En effet, le terme « toxicomanie » met en avant la dépendance d'un sujet à un produit dit « toxique », c'est-à-dire qu'il met l'accent sur la volonté du sujet de « s'empoisonner », de se détruire. Ce phénomène n'est pas, pour J. McDougall, ce qui se trouve au centre de la problématique du sujet dépendant. Il ne s'agit pas de dénier la part de masochisme à l'œuvre dans toute conduite addictive mais de mettre au jour la dimension d'asservissement qui lie le sujet addicté à l'objet de son addiction. Elle insiste sur la dimension d'aliénation que revêt pour le sujet la dépendance au produit. Pour J. McDougall, le sujet addicté est « l'esclave d'une seule solution »⁵⁰ quand le toxicomane est un sujet qui « désire se faire du mal »⁵¹.

J. McDougall insiste sur le caractère exclusif de la solution trouvée par le sujet addicté pour faire face à la douleur psychique et c'est très précisément ce qui lui confère son caractère pathologique. En effet, chaque être humain a parfois recours à un produit ou à une conduite pour faire face à des états émotifs qui le submergent.

Ce processus devient pathologique si le sujet ne dispose que de cette seule et unique ressource pour pouvoir appréhender ses états affectifs.

Nous voyons que la perspective développée par J. McDougall quant aux conduites de dépendance diffère de celle qui voudrait que l'addicté soit inscrit dans une conduite ayant pour seule visée l'autodestruction. L'utilisation précieuse du terme de « solution » laisse entendre que la conduite addictive a une fonction particulière dans l'économie psychique du sujet. Le ressort de l'addiction n'est plus le désir de se détruire mais de pouvoir, au contraire, faire face à la vie. C'est donc une dynamique paradoxale de survie psychique qui émerge.

J. McDougall met en avant le fait que la conduite de dépendance met en jeu le plaisir dans sa double dimension. Ce que recherche la personne addictée, c'est « la quête du plaisir »⁵², plaisir qui lui est procuré par la sensation de bien-être entraînée par la prise du produit, qui est

⁴⁹ MACDOUGALL, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. In *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68, 511-527.

⁵⁰ MACDOUGALL, J. (2004). *Ibid.*, p.511.

⁵¹ MACDOUGALL, J. (2004). *Ibid.*

⁵² MACDOUGALL, J. (2004). *Op.cit.*, p.511.

investi comme un bon objet. De plus, l'addiction vise la suppression de la souffrance (déplaisir), par exemple liée à un sentiment de solitude insupportable pour le sujet. Elle revêt une dimension analgésique. Nous trouvons donc la notion de plaisir dans ses deux polarités : plaisir et effacement du déplaisir.

C'est à partir de son expérience clinique et personnelle que J. McDougall a découvert que le recours à l'objet externe qui se trouve au cœur de la conduite addictive représente, pour le sujet, une manière de gérer sa vie émotionnelle et affective en la rendant nulle et non avenue : « (...) un des buts du comportement addictif est de se débarrasser de ses états affectifs »⁵³.

J. McDougall décrit sa propre expérience d'arrêt du tabac et sa confrontation à sa propre dépendance de la façon suivante :

Je découvris alors que je fumais lorsque j'étais heureuse ou excitée, angoissée ou en colère, (...). Autrement dit, chaque fois que j'étais la proie d'une émotion particulière, la cigarette avec son écran de fumée atténuait ma sensibilité et me permettait d'échapper à mon éprouvé affectif, neutralisant ainsi une part vitale de mon monde interne.⁵⁴

Nous retrouvons la fonction analgésique de la conduite addictive. Il s'agit, pour le sujet, d'une impossibilité de se confronter à ses propres éprouvés internes. Il se trouve débordé par ceux-ci en ce qu'ils génèrent chez lui un état d'excitation ressenti comme interdit ou dangereux.

L'économie addictive revêt dans ce contexte une dimension de décharge : « [elle] vise la décharge rapide de toute tension psychique que sa source soit extérieure ou intérieure »⁵⁵. Elle ne concerne pas que les seuls affects négatifs mais également les états de plaisir engendrant une excitation ingérable sur la seule scène psychique. Dans ce contexte, elle fait fonction de pare-excitation et de contenance des éprouvés pour le sujet.

Dans ce contexte, la conduite addictive vise à rétablir l'équilibre psychique du sujet dans lequel il semble que l'émergence de l'affect de plaisir ou de déplaisir vienne faire effraction. L'addiction est en lien avec une question économique et topique. Faute d'un lieu apte à contenir les éprouvés, ceux-ci se trouvent pris en charge sur la scène corporelle : la solution addictive devient « une solution somato-psychique au stress mental »⁵⁶.

Elle vise ainsi à combattre les « anxiétés névrotiques », les états aigus d'angoisse (le plus souvent il s'agit d'angoisse paranoïde) ou la dépression, et les angoisses psychotiques (de morcellement, crainte de l'effondrement, dépersonnalisation).

⁵³ MACDOUGALL, J. (1996). *Op.cit.*, p.233.

⁵⁴ MACDOUGALL, J. (1996). *Ibid.*, p.232.

⁵⁵ MACDOUGALL, J. (2004). *Op.cit.*, p.512.

⁵⁶ MACDOUGALL, J. (2004). *Ibid.*

Comme nous le présentions brièvement, François peine à se raconter mais il sait que dans le fond quelque chose ne va pas, que sa situation n'est pas « normale ». Sa demande latente pourrait être exprimée de la façon suivante : « aidez-moi à ne pas mourir même en me passant de ce qui me fait vivre ». Cette interpellation poignante témoigne d'une détresse profonde à laquelle je suis bien évidemment sensible, ce que François supporte mal. Il se défend sans cesse contre l'idée que la vie ait pu lui infliger quelque souffrance que ce soit. Il semble attendre de moi une conduite à tenir, nécessairement teintée d'une certaine sévérité.

François entretient un lien ambivalent avec sa vie affective : s'il vise à la neutraliser par ses prises de produits, il me semble également que les prises de produit lui permettent, paradoxalement, de ressentir un semblant d'affect dans le recours à la sensorialité.

Lorsque je l'interroge sur son histoire, François m'annonce d'emblée avoir eu « une enfance merveilleuse » et des « parents sans problème ». Il mentionne la dépression chronique connue par son père, attribuée au stress que ce dernier connaissait dans son travail. Il décrit une vie, y compris infantile, indépendante des éventuels problèmes rencontrés par sa famille. Il évoque une histoire familiale d'une banalité qui n'est pas sans interroger.

François s'attarde néanmoins sur l'alcoolisme de son frère, alcoolisme qui a terriblement préoccupé ses parents et lui-même. Si le décès de Benoît, son frère, n'a pas été expliqué, François reste persuadé qu'il s'est suicidé. Les années d'alcoolisme connues par Benoît viennent constituer le seul drame vécu par la famille. François se souvient avoir vu ses parents totalement effondrés pendant la maladie, puis le décès de son frère. Il me dit avoir « mis de côté » ses propres problèmes et avoir déployé beaucoup d'énergie à soutenir ses parents et Benoît, pendant ces longues années. Néanmoins, il se reproche également de ne pas avoir pu « sauver [son] frère ». Je suis étonnée, par la façon dont François évoque le souvenir de Bruno, comme il le ferait d'un étranger. Il n'est pas question d'une quelconque complicité ou rivalité, aucun lien ne se dessine entre eux. Les souvenirs d'enfance évoqués par François n'incluent jamais Bruno. François évoque sa brillante réussite scolaire, puis professionnelle, dans un récit totalement désaffecté, constatant froidement que cette réussite ne semble pas lui avoir apporté le bonheur escompté. François ne se saisit pas non plus de la similarité de leur problématique pour tenter un rapprochement avec la figure de ce frère, à tel point que je me pose la question d'un certain déni à l'œuvre dans sa famille. J'imagine parfois que le père de François avait peut-être recours à l'alcool pour se supporter le « stress » vécu dans sa propre vie professionnelle, mécanisme repris par ses deux fils.

François se vit comme totalement détaché de chacun des membres de sa famille, dans un déni du lien affectif. Je me dis alors qu'il a dû connaître une grande souffrance psychique dans son enfance, sans qu'il me soit permis de penser ce qui a pu, dans cette enfance aussi « *merveilleuse* » que glacée, être à l'origine de sa souffrance.

Je finis par être agacée par la façon dont François rejette systématiquement toutes mes interventions. Mes interprétations se voient systématiquement dénichées par François. Je vois mon narcissisme de clinicienne partir en lambeaux toutes les semaines à la même heure... Pourquoi François continue-t-il de venir à nos rendez-vous avec une telle assiduité alors qu'il ne semble pas prêt à recevoir ce que je peux avoir à lui-dire ?

C'est dans l'évocation de la dernière relation de François à une femme que je trouverai une planche de salut. Sa dernière compagne l'a quitté, dit-il, parce qu'elle a fini par se lasser de son côté taciturne. De son côté, François commençait à en avoir assez des sollicitations pourtant peu intenses de sa compagne affirmant : « *Je parle de moi seulement quand j'en ai envie. Cela ne sert à rien d'insister, c'est non.* » Mais il n'était pas prêt pour autant à se trouver à l'origine de leur séparation.

Je demandai alors à François s'il ne pourrait pas envisager une hypothèse : la façon dont il annulait tous les indices de ma présence au cours de l'entretien n'était-elle pas pour lui une façon d'en arriver à être suffisamment odieux pour que je le mette à la porte ? Anticipait-il ainsi une rupture qui serait pour lui déjà programmée ? François dénichait-il chacune de mes interventions afin de neutraliser le message affectif insupportable dont elles étaient porteuses ?

Pour une fois, François accueillit mon interprétation et me fit l'honneur de me répondre par un timide « peut-être... ». Il soulignera souvent par la suite le caractère alambiqué de mes interventions mais il parviendra néanmoins à les prendre en considération.

La situation de François évoluera au cours des années suivantes, François retrouvant suffisamment d'énergie pour tenter une reconversion professionnelle et s'engager dans une formation en pâtisserie pendant de longs mois. Néanmoins, à l'approche des examens lui permettant de valider cette formation, François connaît un mouvement anxio-dépressif et abandonnera quelques semaines avant l'échéance. Restant dans le déni de tout état d'âme, il met en avant des « problèmes cognitifs » qui serait, d'après lui, à l'origine de ses difficultés à mémoriser ses cours. Il ira jusqu'à demander et obtenir un bilan « mémoire » auprès de son médecin traitant, qui ne décèlera aucune pathologie particulière. Tout en reconnaissant le caractère paradoxal de sa réaction, il me dira sa déception à l'annonce de ce résultat.

J'ai ensuite l'impression d'une certaine stagnation dans notre travail, ce que François soulignera à plusieurs reprises. Je tente, souvent maladroitement, de ranimer quelque chose de l'ordre d'un questionnement sur lui-même chez François, de l'animer, sans que cela ait un quelconque effet. Toutefois, François maintient sa venue à nos entretiens et poursuit le travail engagé avec la collègue qui me remplace pendant mon congé maternité.

A mon retour, nous reprenons nos rencontres, comme si rien ne s'était passé. François ne dira pas un mot de ma longue absence. Je me surprends à ne plus trouver aucun sens à nos rencontres.

Je comprends que François dépasse très régulièrement la posologie prescrite quant à son traitement de substitution. Je reste persuadée qu'il lutte contre une grave dépression à travers ses prises de produits. Néanmoins, il refuse toujours d'aborder ce dernier sujet. Il décrit une vie totalement autarcique dont les journées sont rythmées par les prises régulières de buprénorphine. Je comprends bien que ces prises sont ce qui permet à François de supporter son mode de vie solitaire, mais lui, ne semble guère décidé à changer quoi que ce soit dans cette économie de la solitude. Heureusement, deux « accidents » vont se produire quelques mois plus tard !

Le médecin-addictologue est interpellé par la pharmacie où François se voit délivrer sa buprénorphine. François s'est présenté à plusieurs reprises muni d'une ordonnance de buprénorphine établie par son médecin généraliste. Nous nous apercevons que les consommations de buprénorphine de François ont totalement flambé pendant plusieurs semaines, à notre insu. Son médecin et moi-même avons pourtant reçu François à plusieurs reprises au cours de cette période. A aucun moment il n'a évoqué avec nous cette explosion de ses consommations.

Je reçois François à la suite de sa consultation avec son médecin-addictologue. Il m'annonce d'emblée qu'il ne souhaite pas parler parce qu'il est trop en colère. Il se sent infantilisé de façon insupportable et refuse d'emblée toutes les propositions que son médecin et moi lui faisons. Cet appel de la pharmacie résonne comme un coup de semonce, une intrusion insupportable dans la sphère de son intimité. Bien qu'il ne le verbalise pas de cette manière, François s'indigne que la pharmacienne ait pu trahir son manège.

Je remarque toutefois que François aurait pu garder cet épisode entièrement secret. Il m'explique avoir consulté son médecin généraliste, son médecin de famille, parce qu'il sait

qu'il obtiendra de lui ce qu'il voudra. Non pas que ce médecin prescrive n'importe quoi à n'importe qui, non. Ce médecin a connu son père, son frère, suit encore sa mère et est au courant de ses problèmes d'addiction. François sait que le chantage consistant à dire à ce médecin qu'un refus de prescription pourrait l'amener à commettre un acte inconsidéré suffit pour obtenir un « dépannage ». La mécanique semble bien rôdée et se répètera par la suite. Mais si François avait voulu garder le secret sur ses consommations, il aurait pu demander à son médecin « de famille » d'indiquer comme lieu de délivrance⁵⁷, une autre officine que celle se trouvant à proximité du Centre de Soins, avec laquelle l'institution a des échanges réguliers, ce dont François est bien informé. Ainsi, François a, inconsciemment, cherché à nous avertir de son état.

Quelques semaines plus tard, un autre évènement se produit cette fois dans l'institution, alors que François est présent. Lors d'une période de canicule, un patient particulièrement fragilisé sur le plan somatique se trouve victime d'une hyperthermie maligne. Il s'effondre dans la salle d'attente. Son état est très grave, il plonge rapidement dans le coma.

François se montre à son égard, extrêmement humain, calme et rassurant. Alors que nous attendons anxieusement les secours, il soutient les efforts de l'équipe pour soulager ce patient d'une façon remarquable. Je suis très impressionnée par sa finesse et la qualité de son implication, ce que j'exprime lors de notre rencontre suivante, en joignant à mon propre sentiment, les remerciements des membres de l'équipe présents ce jour-là. Je l'interroge sur la façon dont il a vécu cet épisode dramatique.

De façon surprenante, François affirme n'avoir « *rien ressenti de spécial* », malgré le caractère extrême de cette situation. Je nomme alors mon propre sentiment de peur devant l'effondrement de ce patient et ma crainte qu'il ne « tienne » pas jusqu'à l'arrivée des secours. François semble surpris que j'exprime ces sentiments, qui ne trouvent aucun écho chez lui. Je nomme alors le sang-froid qui a été le sien et qui lui a permis de se montrer particulièrement rassurant pour ce patient et, partant, pour moi.

François a toujours été surpris par sa capacité à être présent pour les autres, dans bien des circonstances de sa vie. A demi-mots, dans un timide aveu, il me fait part de sa sensibilité à la détresse d'autrui et ne pas supporter de « *laisser quelqu'un sur le carreau* ». Il m'apprend qu'il a eu, à plusieurs reprises, le désir de s'engager dans des associations caritatives, sans avoir

⁵⁷ La rédaction d'une ordonnance de buprénorphine répond à des exigences précises et notamment la désignation d'une officine spécifique.

jamais pu réaliser cet engagement par crainte de se lasser, d'être pris dans ses propres soucis et de finir par manquer à l'appel. Toute forme d'engagement le paralyse car il reste persuadé qu'il ne pourra que démissionner sans préavis. Il craint également de ne pas « tenir » une éventuelle vie conjugale, car ayant pris des habitudes de « vieux garçon », il ne sent pas capable de supporter les multiples compromis que requiert la vie commune avec une femme. Il craint également ne plus trouver d'intérêt assez rapidement à une quelconque activité. Jamais François ne s'est montré aussi loquace quant à son vécu intérieur !

Dans le même mouvement, et cette fois sans honte, il nous fera part, à son médecin et à moi-même, de nouvelles consommations de buprénorphine, en s'interrogeant cette fois réellement sur ce qui peut bien les sous-tendre. Il évoquera, à cette occasion, la grande « timidité » qui était la sienne, enfant. « Timidité » toujours d'actualité et dont j'ai pu être témoin lors de la participation de François au groupe de parole que j'anime dans l'institution, sur lequel nous reviendrons dans notre dernier chapitre. Il se pose la question, sur mon invitation, de l'existence d'une certaine tristesse chez lui, voire d'une « mélancolie », qu'il connaîtrait depuis toujours, mais qu'il se dit prêt à pouvoir interroger. Il ajoute également qu'il aimerait bien avoir, chez lui, « quelqu'un avec qui discuter ! ». Bref, François n'est plus totalement auto-suffisant !

Le chemin parcouru avec François m'a semblé particulièrement représentatif des enjeux liés aux questions qui nous préoccupent. Nous avons vu, à travers la perspective développée par J. McDougall comment l'addiction vient témoigner de la présence chez le sujet d'un mécanisme paradoxal de survie psychique, d'une solution « somato-psychique » venant pallier les défaillances dans la construction du narcissisme du sujet, à travers l'utilisation d'objets « transitoires ». Ainsi, J. McDougall montre comment l'addiction relève d'une faille fondamentale dans la construction de la scène psychique situant cette problématique autour de la question de la pathologie des limites.

Nous voyons ici comment la clinique de l'addiction nous plonge dans bien des paradoxes : se détruire pour survivre, penser ce qui n'est pas advenu, créer du psychique via le somatique ou, autrement dit, se fabriquer quelque chose d'une âme à travers son corps.

Comme François l'affirme à plusieurs reprises, bien des sujets addicts, revendiquent le droit de se droguer, affirmant ne « déranger personne » ou « ne faire de mal qu'à eux-mêmes ».

Le caractère illégal de leurs prises de produit est souvent balayé d'un revers de main, justifié par la nécessité dans laquelle les sujets disent se trouver.

Et, effectivement, François considère que la prise de produits est une nécessité vitale pour lui. Au moment où nous découvrons, au Centre de Soins, qu'il s'est fait prescrire une dose impressionnante de buprénorphine par son médecin de famille, je prends conscience de l'étendue du clivage à l'œuvre chez lui, en lien avec sa dépendance à cette substance.

Lorsque je lui demande pourquoi il n'a pas pu nous faire part de ses surconsommations, François me dit avoir d'abord craint un refus de prescription de la part de son médecin-addictologue, celui-ci ayant déjà refusé quelques semaines auparavant d'augmenter son dosage. Il affirme en avoir eu « *marre de mendier* ».

Dans le fond, François considère que la prescription est un dû, puisqu'elle correspond à un besoin vital pour lui, oubliant totalement qu'il s'est inscrit dans une démarche de soins avec ce médecin-addictologue. Le recours au médecin de famille, bien au courant de tous les enjeux familiaux et affectifs autour de la situation de François, relève d'une transgression du cadre fixé par le Centre de Soins. La dépendance au médecin-addictologue s'est avérée insupportable pour François, l'amenant à éprouver un affect proche de la rage au moment où son secret a été dévoilé, bien qu'il ait été inconsciemment très actif dans ce processus. Ce mouvement m'a rappelé celui qu'il avait évoqué quelques mois auparavant.

Alors qu'il se trouve en province, séjournant avec sa mère dans leur maison de famille, François se retrouve sans traitement. En proie aux affres du manque, il demande à sa mère de l'emmener à l'hôpital le plus proche, où on ne lui propose que du paracétamol pour traiter son angoisse et sa souffrance. Le médecin présent refuse de façon catégorique de lui prescrire de la buprénorphine. François a retrouvé dans cet hôpital cette image de « *toxico* », de « *moins que rien* », de « *menteur* » dont il a la hantise. Ajoutant, « *ils auraient au moins pu rassurer ma mère, imaginez ce que cela lui a fait de me voir dans cet état !* ».

Le discours de François vient se teinter d'une véritable haine à l'endroit des médecins, assorti d'un sentiment de honte, aussi confus qu'intense. Pour la première fois, je découvre un François plein de haine, haine suscitée par le refus de lui procurer ce dont il estime avoir un besoin vital. Refus perçu comme le reflet d'un mépris empreint de domination à son égard. L'humiliation décrite par François, consiste pour lui, à retrouver une position de sujet dépendant de l'autre, pour la satisfaction de ses besoins. Le refus qui lui a été opposé le ramène à une situation « *infantilisante* » de dépendance, au corps médical, vécue comme insupportable.

Or, comme nous espérons l'avoir montré avec le cas de François, le sujet addicté se présente à nous bien souvent comme un sujet sans histoire. Pour un peu, il arriverait à nous entraîner dans une logique de la « *mauvaise habitude* » ou de « *vice* », pour donner un semblant d'explication à ce qui l'amène en consultation. Le sujet addicté vient rarement consulter le psychologue en vue de comprendre ce qui lui arrive. Sa demande première est celle d'une aide visant à le normaliser, à lui faire cesser un comportement inacceptable au plan social, comportement dont il bien souvent honte.

Je comprends également qu'une partie du caractère insupportable de cette situation relève du fait que sa mère en a été le témoin. Sa mère a été d'abord le témoin de sa détresse dans cette situation de manque physiologique puis elle a été le témoin du refus du médecin de soulager son fils et partant, de la soulager de son angoisse le concernant. Je constate que François, ne se saisit guère de cette occasion de m'en dire plus concernant cette mère, que je ne parviens toujours pas à me figurer.

Je ne sais rien de la relation de François à sa mère, car il n'a de cesse, lorsque je l'interroge à ce sujet, de parer toutes les attaques ou les manquements supposés en affirmant : « *je n'ai rien à reprocher à ma mère !* ». Au fil des années, également, François semble se rapprocher d'elle : sa « *mère* », au fil des années, est devenue sa « *maman* » dans son discours. Il me demande de caler nos dates de rendez-vous en dehors de son jour de visite hebdomadaire. Il séjourne régulièrement avec elle dans la résidence secondaire de la famille. Lorsque François se réjouit de la venue d'un chaton au domicile de sa mère, je comprends qu'il n'a que très peu d'échanges avec elle, car il précise que les facéties de l'animal donnent à mère et fils « *un sujet de conversation* ». Sa mère soutient régulièrement François sur le plan financier et lui prépare « *de bons petits plats* » lors de ses visites. Elle semble être au courant de ses démarches de soin mais elle ne le questionne jamais à ce sujet. Ainsi, leurs deux solitudes semblent aujourd'hui cohabiter, sans jamais vraiment se rencontrer, ce que François apprécie : « *elle respecte mon espace !* ».

Et il est vrai que mère et fils sont les deux seuls survivants de la famille, suite aux décès du frère aîné de François et de son père. De toute évidence, François protège sa mère de ses propres difficultés psychiques et ce faisant, de son possible sentiment de culpabilité, à elle. Mais n'est-ce pas trop leur prêter que de formuler cette hypothèse ? Une chose est sûre, le lien entre mère et fils me semble fort idéalisé, dans la mesure où il est impossible d'en interroger quoi que ce soit, sans que François intervienne, parant les attaques, avant même qu'elles soient formulées. Tout se passe comme si le simple fait d'interroger la relation s'avérait en soi, une

attaque formulée implicitement à l'égard de cette mère. Et puis, comme François le rappelle souvent : « *je n'ai jamais manqué de rien !* ».

Le lien entre François et sa mère reste nébuleux. Il s'avère paradoxal, relevant à la fois d'une idéalisation, d'un clivage mais aussi d'un déni, celui de la haine à l'œuvre dans la relation mère-*infans*. Dans la perspective freudienne, la haine est le corollaire de la dépendance vitale. Nous avons vu apparaître un affect de rage chez François, quand celui-ci s'est trouvé confronté, en présence de sa mère, au refus du médecin de lui procurer ce qui est nécessaire à sa survie psychique. Nous faisons l'hypothèse que cet affect vient témoigner d'un déni de la haine, à l'œuvre dans la psyché maternelle. En réactivant cette situation de dépendance vitale, c'est la non intégration de la haine inhérente à la dépendance qui est apparue. Car, en effet, c'est le travail de la haine en l'*infans* qui est à l'origine de la constitution originaire du narcissisme. Ceci nous amène à nous questionner sur la valeur structurante de la haine à l'œuvre dans la psyché maternelle.

1.4 La « haine nécessaire »

Winnicott fait de la haine une donnée structurale dans la relation mère-enfant. Il écrit ainsi : « (...), la mère hait son enfant dès le début. »⁵⁸. La haine se trouve donc toujours-déjà là et ceci dès que l'enfant fait son entrée sur la scène de la psyché maternelle. Cette haine éprouvée par la mère envers son enfant est antérieure à celle éprouvée par ce dernier : « (...) la mère hait le petit enfant avant que le petit enfant ne puisse haïr la mère et avant qu'il puisse savoir que sa mère le hait. »⁵⁹ En effet, d'après Winnicott, on ne peut parler de haine chez l'enfant avant que sa personnalité ne soit intégrée, processus qui se réalise au cours de la première année de la vie. Auparavant, il s'agit, dans la conception winnicottienne, de l'expression d'un « amour impitoyable »⁶⁰. La haine ne prend sens pour l'enfant que lorsqu'il devient une personne totale. La haine n'est plus une donnée relative au pulsionnel et c'est en ce sens que Winnicott s'élève contre les conceptions kleiniennes. La haine devient une donnée structurale et nécessaire. Mais plus encore.

⁵⁸ WINNICOTT, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 72-82, p.80.

⁵⁹ WINNICOTT, D.W. (1947). *Ibid.*, p.79.

⁶⁰ WINNICOTT, D.W. (1947). *Ibid.*, p.80.

Winnicott fait de cette haine maternelle une donnée indispensable au développement de l'enfant dans le sens où c'est précisément la haine maternelle qui va lui permettre d'intégrer la sienne propre : « Pour ma part, je doute qu'un petit d'homme en se développant soit capable de tolérer toute l'étendue de sa propre haine dans un environnement sentimental. ^[61] **Il lui faut haine pour haine.** »⁶² La rencontre avec la haine maternelle devient donc pour l'enfant une nécessité psychique. La mère « suffisamment bonne » est finalement celle qui peut intégrer la haine induite par la question de la dépendance vitale. Il y a une nécessité chez la mère d'accepter la haine primitive envers l'enfant et de ne pas chercher à la dénier.

C'est finalement d'un travail de résignation et d'acceptation intérieures dont nous parle Winnicott : « il faut qu'une mère puisse tolérer de haïr son enfant sans rien pouvoir y faire. Elle ne peut lui exprimer sa haine. »⁶³ Celle-ci doit donc être inscrite dans la psyché maternelle dans un registre symbolique, il n'est bien évidemment pas question de l'agir ni même de l'adresser à l'enfant. Elle peut néanmoins apparaître dans les comptines ou dans les jeux entre parent et enfant. Winnicott donne en exemple la comptine suivante dont les paroles font effectivement froid dans le dos : « Batelier, batelier, tout en haut de l'arbre, Quand le vent soufflera, le berceau bercera, Quand la branche cassera, le berceau tombera. Et boum ! le bébé. »⁶⁴ ; ajoutant : « heureusement [l'enfant] ne comprend pas. » Nous pouvons comprendre l'utilisation de ce type de comptine comme une aide pour la mère à lier sa propre haine vis-à-vis de l'enfant, à l'intégrer à son espace personnelle de rêverie et de jeu.

L'intégration de la haine chez la mère est justement ce qui lui permet d'accéder à la possibilité de jouer avec son enfant et de lui fournir ainsi l'espace de sécurité dont celui-ci a besoin. Ceci lui permet également de ne pas être enfermée elle-même dans une position sentimentale liée à un évitement phobique de sa propre agressivité vis-à-vis de l'enfant. Il faut « suffisamment » de haine dans la relation mère-*infans* pour que les deux psychismes puissent se figurer comme séparés et non unis dans une fusion mortifère.

M. Khan met en avant ce point dans un article intitulé « À propos de l'omnipotence symbiotique »⁶⁵. Il place à l'origine de « l'omnipotence symbiotique », « (...) **la défaillance de la mère qui n'a pu fournir la juste dose de comportement agressif** nécessaire aux processus

⁶¹ Winnicott le définit comme un environnement qui « nie la haine ». WINNICOTT, D.W. (1947). *Ibid*, p.81.

⁶² WINNICOTT, D.W. (1947). *Ibid.*, p.81, c'est nous qui soulignons.

⁶³ WINNICOTT, D.W. (1947). *Ibid.*

⁶⁴ WINNICOTT, D.W. (1947). *Ibid.*

⁶⁵ KHAN, M. R. (1974). A propos de l'omnipotence symbiotique. In *Le Soi caché*, Paris, Gallimard, 2003, 115-127.

de développement et de maturation du nourrisson (et de l'enfant) ainsi qu'à ses besoins. »⁶⁶ En effet, celle-ci est nécessaire pour que l'enfant puisse parvenir d'une part, comme nous l'avons déjà évoqué, à intégrer la sienne propre mais témoigne également de la capacité de la mère à supporter la séparation :

On a relativement peu écrit sur la tâche de la mère pourvoyeuse d'expériences agressives, lors de la phase adéquate, tâche qui suppose chez elle une capacité de tolérer en elle-même la haine et l'agressivité en relation avec l'enfant. Quand cette capacité fait défaut, l'exagération des sentiments positifs intervient avec le sevrage de l'enfant, ce qui explique son incapacité de permettre à l'enfant de prendre de la distance par rapport à elle.⁶⁷

Nous voyons ici comment, pour reprendre la synthèse d'André Green, « la mère suffisamment bonne [telle que Winnicott l'a conceptualisée] contient implicitement la mère suffisamment mauvaise (...). »⁶⁸ Il semble que les manifestations d'amour les plus opérantes ne soient pas celles qui sont issues d'une négation de la haine mais bien celles qui parviennent à l'intégrer. Ainsi, comme l'affirme N. Jeammet, amour et haine travaillent semble :

Généralement la haine et l'amour sont compris comme des forces ou des sentiments opposés : la haine détruit, attaque les liens ; elle est la complice de la mort. L'amour, en revanche, construit, tisse des liens, compose des ensembles plus grands ; elle est au service de la vie. [Cependant l'amour] a besoin d'intégrer la haine pour être authentique : sans cette intégration, l'amour donne la mort de la confusion. Mais, de la même façon, la haine a besoin de l'amour, pour échapper à son destin de semer la mort de la désincontration, de la déliaison. Réintégrée dans l'amour, elle est une force de vie. La question ne se pose donc plus dans des termes d'exclusion par l'autre, mais dans des termes de fécondation réciproque, nécessitant néanmoins une relation vivante et stable pour se produire.⁶⁹

Nous voyons comment la haine habituellement perçue sous l'angle de la destruction, s'avère finalement, absolument « nécessaire », pour reprendre le titre de l'ouvrage de N. Jeammet, dans la relation mère-*infans*, et participe activement aux fondements du narcissisme. Dans cette perspective, la haine n'est pas porteuse de mort, mais elle se trouve aux sources de la vie psychique et en conditionne son avènement. Ainsi, c'est bien l'intrication entre haine et amour, entre liaison et déliaison, qui se trouve mise en jeu dans les fondements du narcissisme. Nous comprenons ce temps comme étant celui de la naissance psychique.

Voici ce dont ces patients nous font les témoins, parfois impuissants. Nous voyons comment la dimension du langage peine à s'inscrire dans l'espace psychique si fragile de ces patients, qui nous renvoie bien souvent violemment à une supposée « inutilité » de la parole. Il semble que, pour ces patients, du fait de leur extrême fragilité narcissique, le parler devienne

⁶⁶ KHAN, M. R. (1974). *Ibid.*, p.122, c'est Khan qui souligne.

⁶⁷ KHAN, M. R. (1974). *Ibid.*

⁶⁸ GREEN, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris, Les éditions de minuit, 2004, p.120.

⁶⁹ JEAMMET, N. (1989). *La haine nécessaire*. Paris, Puf, p.100.

pour eux douleur, la séparation soit un arrachement. Ainsi, le fondement relationnel du langage, inscrit dans la dépendance à l'autre, est pour eux lieu de douleur, douleur à effacer absolument par le recours à l'agir addictif. Cette douleur prend corps dans l'éprouvé de mort interne à l'œuvre chez ces patients. Cet éprouvé témoignerait de la porosité des limites de son moi.

1.5 Le cas de Michel : un traumatisme paradoxal

Michel m'est adressé, à la suite de l'échec de sa troisième cure et du traitement médicamenteux mis en place par le médecin alcoologue qui le suit depuis plusieurs années. Michel est âgé de quarante-cinq ans, il s'alcoolise de façon massive depuis dix ans. Son premier contact avec le Centre d'Alcoologie a eu lieu six ans auparavant. Après deux ans de soins, il est resté abstiné pendant quatre ans avant de « replonger », à la suite d'un nouveau licenciement.

La psychologue rencontrée à cette époque a diagnostiqué des Troubles Obsessionnels Compulsifs et a proposé une thérapie cognitivo-comportementale, interrompue par différents arrêts de travail puis par son congé maternité. Le psychiatre a, lui, communiqué à Michel un diagnostic de « *maladie bipolaire* » et lui a prescrit un traitement thymorégulateur, qui reste peu efficient.

Michel vit régulièrement des moments de profondes désorganisations, principalement en fin de semaine, dans un moment de séparation. Il s'alcoolise massivement passant toute la nuit en discothèque où il multiplie les aventures extraconjugales et les rapports sexuels non protégés. Michel est marié depuis vingt ans et a trois enfants. Ses relations avec son épouse se sont dégradées jusqu'à rendre le divorce imminent. Sa vie professionnelle s'est lentement désagrégée : d'un poste de cadre supérieur dans l'informatique, Michel est devenu commercial puis manutentionnaire au fil de ses licenciements.

Au moment où je le rencontre, Michel est au chômage depuis plusieurs mois mais il se présente sous les dehors d'un homme d'affaires affable, venu me présenter le dernier produit commercialisé par sa société : lui-même. Il sort de son attaché case les documents rédigés par lui pendant son séjour en cure et souhaite s'assurer que j'ai bien préparé notre réunion du jour, en lisant son dossier médical et en en rédigeant une synthèse *ad hoc*. Comment ne pas être interloquée face à un tel déni de sa vie intérieure ? Michel souhaite reprendre la thérapie cognitivo-comportementale interrompue quelques mois auparavant. C'est à mon tour de le

surprendre lorsque je lui indique que je ne pratique pas ce genre de chose, lui proposant, s'il souhaite vraiment s'inscrire dans un tel cadre, de rencontrer une psychologue comportementaliste exerçant au Centre Médico-Psychologique. Il se montre curieux de savoir pourquoi je ne pratique pas « *ces thérapies réputées pour être les seules efficaces pour les gens qui ont des tics...euh non, des tocs !* » et quelle est ma méthode. Je reste un peu évasive et lui demande quelles sont ses difficultés à l'heure actuelle. La tonalité de l'entretien change brutalement.

Quittant son costume de représentant de commerce, Michel me fait part, très culpabilisé, de l'échec de sa dernière cure, directement imputable, selon lui, à son « *manque de volonté* » et à son incapacité à « *rebondir et à [se] prendre en main.* ». S'il souhaite vivement « *arrêter de boire* » et « *rentrer dans le rang* », il n'y parvient pas. Cet échec vient gravement obscurcir ses relations avec sa femme dont il dit être par ailleurs plutôt détaché. Celle-ci, décrite comme une « *femme magnifique* » au moment de leur rencontre, aurait perdu l'éclat de sa jeunesse au point d'être devenue « *obèse* ». D'après Michel, les « *complexes physiques* » de son épouse la rendent peu à même de répondre à ses attentes en matière de sexualité : « *pour avoir un rapport avec elle, il faut que je m'y prenne des mois à l'avance, qu'on en parle pendant des heures avant... c'est tout un cirque !* » Toutefois, me racontant avec émotion son récent séjour en cure, il découvre en lui-même des sentiments tendres concernant cette femme, ce qui ne manque pas de le surprendre : « *En vous parlant, en fait, je me rends compte qu'elle m'a manqué. C'est bizarre, vous ne trouvez pas ?* ». Je relève simplement son étonnement. Il fond en larmes sans pouvoir m'en dire plus, si ce n'est son soulagement de redécouvrir son affectivité : « *Cela fait des années que je n'arrive plus à pleurer. Parfois je me demande si je suis vraiment un être humain !* ». Lorsque je lui demande en fin d'entretien, s'il souhaite revenir me parler de tout cela, Michel acquiesce.

Je note de mon côté l'oscillation entre sa présentation sous un abord hypomaniaque et la tonalité dépressive subitement apparue. Son économie psychique n'est que peu organisée par le mode du refoulement comme le montre la transparence avec laquelle Michel évoque son insatisfaction sexuelle. De ce côté, je ne suis pas au bout de mes surprises.

Lors notre deuxième entretien, Michel se montre très exalté, sous un abord très séducteur, toujours sous ce même mode de la transparence. Il me dit qu'il trompe régulièrement sa femme depuis plusieurs années avec des jeunes femmes de mon âge. Il affirme également être bisexuel, ajoutant : « *vous êtes la première personne à qui j'en parle, surtout n'en parlez*

pas aux autres ! » Cette assertion s'avère tout à fait inexacte : Michel a déjà fait part de ses relations homosexuelles au médecin addictologue et à son psychiatre. Tout ceci me semble viser à instaurer un climat de complicité incestuelle entre nous.

Au cours de l'entretien suivant, Michel m'annonce que les effets secondaires du traitement médicamenteux ont entraîné chez lui une « *grande endurance* » sexuelle, qui pourrait sans doute être à même « *de faire vraiment jouir une femme, enfin... si elle est vaginale !* » Cette dernière précision, répétée à plusieurs reprises, s'accompagne d'un regard interrogateur. La crudité de ces « propositions » suscite une angoisse certaine de mon côté, d'autant plus que Michel me caresse la main, à la fin de notre entretien. Je m'interroge sur de potentiels mouvements de fascination envers ce patient et me questionne également sur mon attitude : ai-je été séductrice envers lui ? Je me demande aussi, n'ayant aucun élément me permettant d'interpréter son comportement séducteur, comment poser fermement le cadre de nos rencontres sans entraîner chez Michel une blessure narcissique telle qu'elle l'amènerait à interrompre le suivi. Je me reproche également d'être restée aussi imprécise quant aux modalités de celui-ci, lorsque Michel m'a questionnée sur ma « *méthode* ».

Me sentant coupable et dépassée par les événements, je décide de m'en sortir par un acting, en arrêtant de lui serrer la main, ce qu'il questionne immédiatement. Je lui indique que le travail qu'il m'a demandé d'entreprendre avec lui est à prendre au sérieux et qu'il n'est pas envisageable sans une distance suffisante. Si je refuse de répondre à ses avances, je réponds ce faisant, à sa demande de psychothérapie. Je précise également que son comportement séducteur a un sans doute un sens en rapport avec son histoire personnelle mais qu'il est trop tôt pour que nous puissions savoir lequel. Après quelques résistances, Michel accepte ce point de vue. Il me confie que l'espace de nos rencontres est pour lui un espace « *de repos* » et que le Centre de Soins est pour lui le seul lieu où « *on l'écoute vraiment* ». Il dit avoir été submergé d'émotions de bien-être dans la salle d'attente, émotions dont il ne sait pas « *quoi faire* ». Ceci mit fin à son comportement séducteur, non sans une dernière tentative de transgression.

Alors que j'avais précisé clairement à Michel, qu'il n'était pas souhaitable qu'il participe au groupe de parole que j'animais avec un médecin du Centre, dans la mesure où nous nous rencontrions dans le cadre d'un suivi individuel, celui-ci se présenta quelques temps après à l'heure de la séance du groupe. Remarquant sa présence, au moment où je venais chercher les participants, je lui interdis de se joindre à eux. Je lui rappelle que ce cadre avait été fixé en entretien quelques semaines auparavant, Michel me dit « *avoir oublié* » notre discussion. Lors de notre rendez-vous suivant, dans un déferlement de rage, il m'accuse de manquer d'empathie,

d'être « *hautaine* » et « *probablement mal baisée* » : la « *charmante jeune femme* » en qui il dit avoir confiance s'est transformée en une « *vraie salope* ». Avec toute la bienveillance possible dans un tel contexte, j'interprète ces projections. Le suivi s'engage par la suite d'une manière un plus apaisée.

J'apprends que Michel est fils de bateliers et qu'il s'est trouvé très tôt séparé de sa famille. Si sa sœur aînée a pu vivre avec ses parents sur la péniche familiale, lui fut confié dès l'âge d'un an à différentes nourrices, puis, à l'âge de six ans, à un « *pensionnat de jésuites* ». D'après Michel, il était impératif pour ses parents et en particulier pour sa mère, qu'il fasse des études, puisqu'il paraissait être « *doué sur le plan intellectuel* », ce qui n'était pas le cas de sa sœur. Il ajoute : « *ma mère a toujours été très fière de moi !* ».

Si la relation avec sa mère est globalement pesante : « *elle me prend un peu trop la tête, elle est très très envahissante, étouffante, quoi !* », elle lui apporte la conviction d'être « *le chou chou, le préféré* » de toute la famille. Michel s'extasie parfois lui-même sur « *le magnifique petit garçon, tout blond, tellement mignon* » attirant la jalousie de ses camarades, qu'il dit avoir été. Je suis, pour ma part, frappée du contraste entre ces représentations et l'extrême solitude qui a dû être la sienne enfant, au vu de l'éloignement précoce d'avec sa mère et de ses changements de résidences successifs. Bien plus tard, Michel me dira s'être senti abandonné à de maintes reprises mais n'avoir jamais pu penser cet abandon : « *Ma mère venait me voir chez la nourrice le week-end, parfois c'étaient mes deux parents qui venaient me chercher et on passait le week-end sur la péniche. Quand ma mère et mon père me ramenaient et à chaque fois que ma mère partait d'une visite chez la nourrice, je ne savais pas quand je la reverrais. Parfois c'était trois semaines après, parfois plus. La nourrice, elle s'occupait de moi, mais ce n'était pas ça. Je ne sais même plus si je passais mes vacances avec mes parents. Je ne me rappelle pas, c'est le grand vide !* »

Tout s'est passé comme si l'abandon maternel avait dans un premier temps été remplacé par la figure d'une mère séductrice et excitante. Le trauma s'organise sur un mode paradoxal, dans un processus à la fois sexuel et non sexuel. Nous pensons à la conception du « traumatisme paradoxal »⁷⁰ déployée par Claude Janin :

Il y a eu, pour [ces patients], un temps traumatique premier où le non-respect de leurs *besoins en tant qu'enfant* a été cause d'une blessure narcissique importante [noyau froid du traumatisme], et un après coup dans lequel le premier temps a été interprété, du fait des activités de liaison comme un temps de plaisir libidinal, et assimilé par le Moi [noyau chaud du traumatisme]. Il y a enfin un troisième temps probablement post-pubertaire dans lequel le

⁷⁰ JANIN, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris, Puf, 2004, p.37.

premier et le deuxième temps ne sont plus distingués l'un de l'autre : c'est l'éclosion du *traumatisme paradoxal* dans lequel **la situation traumatique est vécue à la fois sur le registre de la blessure narcissique et de l'excitation libidinale** ; ce traumatisme paradoxal conduit le patient, le plus souvent dans le même temps, et parfois même au cours d'une même séance, à un double mouvement dépressif et maniaque, différents dans ses manifestations et dans sa genèse de la défense maniaque des auteurs kleinien. (...) **la cure [nécessite] l'élaboration lente et prudente de la dialectique du sexuel et du non-sexuel.**⁷¹

Le noyau du trauma s'avère être, dans les conceptions fécondes de Claude Janin, un noyau hétérogène constitué d'une double face chaude/froide.

Comment se déploie cette double face dans le cas de Michel ? Si son fonctionnement sur le mode du clivage est le plus souvent opérant, il est menacé par l'approche du week-end, qui correspond à une période profondément traumatique pour Michel. Celle-ci correspond pour lui, enfant, au chaos interne généré par le caractère imprévisible des apparitions-disparitions de sa mère. Tout se passe comme si, au cours des alcoolisations puis des conduites ordaliques, le patient venait non pas jouer au *Fort-Da*, au jeu de la bobine, mais l'incarner lui-même dans une identification mélancolique à l'objet. Dans ce contexte traumatique, l'alcoolisation permettrait une union, une fois encore paradoxale, des deux mouvements mélancolique et maniaque, seule apte à permettre au sujet de survivre face à la désorganisation issue de la reviviscence des carences précoces. L'énergie libérée par l'excitation libidinale permettrait au sujet de se jeter lui-même, dans un mouvement maniaque, à travers les prises de risques, telle la bobine dans le jeu de l'enfant ; le mouvement mélancolique engendrant l'identification du moi du patient à l'objet-bobine. Faute des capacités de psychisation suffisantes pour mettre en pensée la dialectique présence-absence, du fait des carences précoces, le sujet ne peut que la mettre en acte dans un mouvement d'alliage entre processus mélancolique et maniaque permis par l'alcoolisation. Le sujet ne peut que venir incarner lui-même, ce que les circonstances ne lui ont pas permis, enfant, de mettre en scène dans le jeu.

À la suite d'un nouveau licenciement et à une intensification des alcoolisations, la longue et douloureuse élaboration de ce mouvement a permis à Michel d'avoir accès à une réelle dépression. C'est dans ce contexte qu'il a décidé de commencer un sevrage d'abord en ambulatoire, puis soutenu par une hospitalisation de deux semaines à temps complet. Lorsque je lui rends visite⁷², il est allongé sur son lit, plongé dans le noir. Il n'a pas défait ses valises. Il se dit à la fois épuisé et soulagé d'être à l'hôpital : « *J'ai besoin de me reposer, d'être tranquille,*

⁷¹ JANIN, C. (1996). *Ibid.*, pp.36-37, c'est nous qui soulignons.

⁷² Ces deux « visites » s'inscrivaient dans le cadre institutionnel : la cure de sevrage de Michel a eu lieu dans un service de l'établissement hospitalier auquel le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie appartient.

qu'on ne me demande rien. », annonce-t-il. C'est la première fois que je le vois aussi atteint, las, blessé.

Lors de l'entretien suivant ce séjour à l'hôpital, il me reproche vivement d'avoir respecté sa volonté et de ne pas l'avoir plus stimulé. Il dénonce de même l'ennui dans lequel l'équipe l'aurait maintenu en n'organisant pas plus d'activités. J'entends dans ce reproche un mélange de pudeur et de honte, lié au fait de nous avoir montré l'étendue de sa détresse et de s'être laissé entièrement prendre en charge par l'équipe soignante. Ce mouvement m'apparaît, au contraire du sentiment de Michel, comme un progrès notable. S'en est suivie une période d'abstinence de quelques mois accompagnée d'une profonde dépression. Michel me dit se « *réfugier dans le sommeil* » et passer toutes ses après-midis, seul, chez lui, à dormir. Il se reproche de ne pas être plus actif dans sa recherche d'emploi. Craignant de ne pas être à la hauteur des fonctions qu'il pourrait occuper s'il trouvait un poste, il diffère sans cesse ses recherches. Il craint que sa femme demande le divorce et redoute, non pas tant la séparation d'avec son épouse, mais « *le fait de [se] retrouver seul* ». Malgré le climat extrêmement tendu entre les deux époux, rendant de son propre aveu la situation « *invivable* », il reste terrorisé à l'idée de se retrouver « *à la rue* », sans ressources.

Nous avons vu comment le processus de figuration du moi venait s'inaugurer dans le temps primitif de la dépendance vitale à l'œuvre entre l'*infans* et la psychè maternelle. Nous avons également pu comprendre en quoi la haine était, dans la perspective freudienne, une donnée structurale dans l'établissement de la première différenciation moi/non-moi et dans l'établissement de la première limite interne.

L'addiction témoigne d'un défaut de liaison de la haine dans le psychisme du sujet. Dans cette perspective, l'addiction nous amène à remettre en cause la relation d'opposition entre pulsion de vie et pulsion de mort, dans la mesure où elle témoigne d'une tentative de survie psychique. En effet, le comportement auto-destructeur du sujet addicté vise à lui assurer une enveloppe narcissique provisoire, apte notamment à contenir ses éprouvés affectifs.

Nous voyons comment le lien à l'autre s'avère particulièrement menaçant pour le sujet addicté, en ce qu'il réactive la haine non liée mise en œuvre dans la différenciation primaire entre le moi et le monde extérieur. Ainsi, les prises de produits permettent de venir lier provisoirement cette haine dévastatrice, via une érogénéisation hallucinatoire créée par les sensations corporelles : ce n'est pas l'opposition entre pulsion du moi et pulsion sexuelle qui se trouve mise en cause mais bien une désintrinsication entre pulsion de mort et pulsion de vie.

Dès lors, le sujet addicté est aux prises avec une problématique que nous qualifions provisoirement de problématique existentielle ou de survie psychique dans la mesure où elle trouve sa source dans un temps antérieur à celui de la perte d'objet. La problématique addictive se situe bien dans le champ des problématiques limites. Elle vient se structurer autour de ce temps primitif de délimitation du moi dans la dépendance vitale à l'œuvre dans la relation mère-*infans*.

Nous notons par ailleurs que le concept de la pulsion, en tant qu'elle est le fruit d'une première psychisation des excitations sensorielles issues du corps (des excitations à la fois venues du corps et fruit de sa relation au monde extérieur), nous paraît peu opérant dans l'abord du sujet addicté.

En effet, les carences à l'œuvre chez ces sujets témoignent d'une mise en échec des deux versants représentatifs de la pulsion : à la fois du représentant-représentation et du représentant-affect. Il nous faut supposer alors qu'il y aurait un temps de psychisation antérieur qui viendrait conditionner la possibilité pour le pôle pulsionnel de venir se structurer autour de ses deux pôles représentatifs.

2. D'UNE CLINIQUE DU PARADOXE A UNE CLINIQUE DE L'INFORME

2.1 De l'objet transitionnel aux objets provisoires

2.1.1 Le cas d'Alice

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Alice se présente comme une consommatrice effrénée de buprénorphine, prise dans un usage détourné, en sniff. La prescription de ce traitement de substitution a été initiée plus d'une dizaine d'années auparavant, alors qu'Alice consommait de l'héroïne en injection. Le traitement de substitution prescrit a permis à Alice de « *se poser* », de trouver un travail et de rencontrer son compagnon. Arrivée au terme de son sevrage aux opiacés, Alice a ensuite réussi à se limiter à une discrète consommation de cannabis.

Néanmoins, quelques mois après la naissance de sa fille, afin dit-elle, d'être en mesure de « *gérer* » son bébé, elle contacte un ancien compagnon, dealer de son état, et lui demande quelque chose pour « *tenir* ». Son ancien ami lui propose de la buprénorphine, qu'elle reprend, dans un premier temps en sublingual. Assez rapidement, l'effet ne suffit plus et Alice fait part de sa déception à son conjoint, lui-même consommateur occasionnel de diverses substances. Ce conjoint lui conseille de prendre la buprénorphine en « *sniff* » afin de bénéficier d'un réel effet de « *montée* ». Le cercle infernal de l'assuétude reprend son cours, d'autant qu'Alice trouve dans son ancien compagnon un fournisseur aussi généreux qu'inaffable.

Après plusieurs mois de psychothérapie, bien des aspects de la vie d'Alice, notamment sa relation à sa fille, ont évolué, mais la consommation de buprénorphine reste toujours aussi présente intervenant comme un résidu irréductible. Alice affirme ainsi que : « *si tout va mieux, la conso, c'est toujours pareil !* ». Elle m'explique ne pas pouvoir s'imaginer pouvoir vivre « *sans rien* » sans pour autant être en mesure de verbaliser ce qu'elle redoute.

Alice m'avoue presque, au cours de cet entretien, que ses prises de toxique s'inscrivent dans l'actualité de son vécu dans sa relation à son conjoint et à sa fille. Sa consommation de

buprénorphine vient en quelque sorte « punir » son conjoint lorsque celui-ci se montre défaillant, vis-à-vis d'elle. En sombrant dans une narcose chimiquement induite, Alice se met en retrait de la vie familiale, de son rôle de mère, dont elle ne perçoit que les contraintes, abandonnant le foyer à son conjoint. Ceci sonne comme une revanche prise sur un autre abandon affectif, bien plus antérieur.

Alice ne parvient pas à s'expliquer son attitude autrement qu'en désignant sa maternité comme étant responsable de son mal-être. Elle se décrit elle-même comme une « *mère atroce* » n'ayant jamais trouvé aucun plaisir dans la relation à sa fille. Elle regrette amèrement d'avoir « *gâché sa vie* » en acceptant de devenir mère. Sa relation à sa propre mère a été une grande source de souffrance pour elle et je me surprends à penser que les reproches qu'Alice formule à l'égard de sa petite fille pourrait tout aussi bien s'adresser à sa propre mère. De plus, j'ai la conviction qu'Alice a traversé une dépression du post-partum qui n'a pas été diagnostiquée, ou plutôt, qu'elle ne s'est pas autorisée à vivre.

C'est le recours à la consommation de buprénorphine qui a donné à Alice un semblant d'élan vital, lui permettant a minima, de revêtir le costume de mère. Ce mouvement témoigne, me semble-t-il d'un certain investissement de sa fille. En effet, c'est pour pouvoir assurer son rôle de mère auprès de son bébé qu'Alice est retournée à ses anciennes amours. Dans mon esprit, cohabitent l'image d'une mère peu concernée par sa maternité et l'image d'une mère qui voudrait pouvoir jouer son rôle mais qui n'y parvient pas. En réalité, Alice a bien conscience des difficultés qui sont les siennes dans la relation à son enfant et en éprouve un très fort sentiment de honte. Il lui faudra des années avant de pouvoir en exprimer quelque chose.

J'apprends que le bébé qu'a été Alice a vécu un abandon extrême. Sa mère travaillant dans l'entreprise de son mari, le père d'Alice, il ne lui était pas possible, ou plutôt pensable, d'interrompre son travail de secrétariat pour nourrir sa fille. Très tôt, la mère installa un dispositif permettant à sa toute petite fille de venir téter un biberon calé sur une pile de livres et de se débrouiller entièrement seule avec pour seul moyen de consolation ce biberon désanimé...

Evidemment Alice n'a pas de souvenir de cette scène, c'est sa mère qui l'a lui a rapportée. Plus tard, les moyens financiers de la famille permirent de confier les soins de la petite fille à une jeune femme du voisinage. Pendant les six premières années de sa vie, ce fut cette jeune femme qui réanima l'enfant sur un plan affectif. Puis, brutalement, sans explication, la mère vint un jour, récupérer sa fille et la ramener au foyer familial.

Au cours d'un entretien, Alice questionne sa tendance à « *détruire* » ce qu'elle construit et à ne pas parvenir à s'engager, dans ses relations affectives. Je lui propose une construction. J'énonce l'idée qu'elle avait dû vivre une telle douleur au moment de la séparation brutale d'avec sa nourrice, qu'elle redoutait aujourd'hui de la revivre et de perdre à nouveau le lien affectif avec les personnes qu'elle se risquerait à aimer. Elle pleura beaucoup, elle qui ne pleurait jamais en entretien, et me dit la semaine suivante que cet entretien avait été « le plus important » depuis le début de nos rencontres et qu'elle y avait trouvé un profond soulagement. L'année suivante, elle mit au monde son deuxième enfant.

Il est important de préciser qu'il s'agissait d'une construction de ma part : « on peut parler de construction quand on présente à l'analysé une période oubliée de sa préhistoire »⁷³. Freud précise que l'efficacité de la construction peut être perçue via l'intensité de la réaction du patient, mais surtout du constat que la construction amène à d'autres associations et entraîne un sentiment de conviction quant à sa véracité chez le patient. Ceci permet de lui donner un point d'ancrage dans sa propre histoire.

Dans le cas présent, ce ne sont pas, dans un premier temps des associations, qui sont venues en quelque sorte confirmer la pertinence de la construction, mais un affect massif, exceptionnel, qu'Alice s'est autorisée à revivre, en ma présence.

Pour aller au-delà du cas d'Alice, il est important de souligner ici l'importance de ce travail de construction et peut-être d'oser considérer que les monstrations et modalités relationnelles incarnées dans le transfert du sujet contiennent toujours, au même titre que ce que Freud a pu dire dans son texte au sujet du délire du sujet psychotique, des éléments de « réalité historique »⁷⁴.

En effet, en devenant mère, Alice s'était retrouvée en proie au chaos interne qu'elle avait vécu dans sa petite enfance, face à une mère en proie à un évitement de la rencontre avec sa fille. Comme nous l'avons souligné, la mère d'Alice que j'imagine aux prises avec une problématique psychotique, s'est trouvée dans l'évitement du contact avec son bébé, comme en témoigne le dispositif glaçant de nourrissage rapporté par Alice. C'est finalement par un abandon que s'est soldée la relation mère- fille. Néanmoins, nous sommes tentée de dire que cet abandon s'était avéré heureux, permettant à la petite Alice de rencontrer une figure

⁷³ FREUD, S. (1925). Construction dans l'analyse. In *Résultats, idées, problèmes, II*. Paris, Puf, 2005, p. 273.

⁷⁴ FREUD, S. (1925). *Ibid.*

maternelle secourable. En confiant Alice à Margot, la jeune femme qui l'a recueillie, sa mère lui a sans doute sauvé la vie.

Néanmoins, à la naissance de sa fille, ressurgira cette image du bébé qu'il faut « gérer » et non pas aimer. Alice ne peut faire appel à sa propre subjectivité pour répondre aux besoins psychiques de son enfant. Tout se passe comme si, en risquant de répondre à côté, sa réponse pouvait s'avérer dangereuse pour sa fille. Alice s'inscrit dans une totale rigidité et ne peut s'identifier à sa fille, au vu du caractère catastrophique de sa relation primitive à sa mère. En effet, il est impossible, pour la mère connaître la réalité du cri du bébé :

L'incapacité de rêverie – pour reprendre les termes de Winnicott – de ces mères qui cherchent à savoir ce que veut l'enfant sans pouvoir faire appel à leur subjectivité. Elles espèrent pouvoir trouver la véritable signification du cri du bébé. Ce qui est voué à l'échec, on s'en doute, et provoque l'impossible accordage avec le bébé. Il s'ensuit un surinvestissement du factuel (l'heure des biberons, le nombre de décilitres ingurgité par le bébé, etc.).⁷⁵

J'ai été frappée, dans le cas d'Alice, de voir combien les prises de produit venaient constituer des moments de pause, mettant en œuvre un mouvement de repli sur elle-même. Le lien à l'autre vient submerger la psyché d'Alice et réactiver en elle la détresse infantile vécue dans sa petite enfance. Ces moments d'absence témoignant de son besoin de mise en retrait sont une constante dans sa vie aussi bien professionnelle que familiale. D'ailleurs, dans le transfert, Alice est la championne du rendez-vous manqué.

Je fais l'hypothèse qu'Alice sait créer un lien avec autrui mais ne parvient pas à le maintenir en elle dans une continuité parce qu'elle n'a pu bénéficier d'un lien mère-*infans* « suffisamment bon ». Dans ce contexte, nous devons considérer ses moments d'absence comme des moments lui permettant de restaurer provisoirement une enveloppe psychique que la relation à l'autre vient littéralement vider.

Ainsi, Alice a besoin des mises en retrait permises par la consommation de produits afin de ressaisir, pour un temps, son propre psychisme. Tenant compte intuitivement de ce besoin, j'accepte ses absences pendant de nombreuses années, en ne lui demandant rien d'autre que de me prévenir. Alice respecte cette condition, en accompagnant son appel de nombreuses justifications, mettant en avant le plus souvent une maladie de son enfant. Je lui indique qu'elle n'a pas à se justifier et que je comprends qu'il lui est difficile de venir me voir avec régularité, ce qui sera accueilli par Alice avec grand soulagement. Ce n'est que quelques années plus tard, la sentant prête que je lui imposerai une venue plus régulière à nos entretiens.

⁷⁵ KOLKO, C. (2017). « Les esclaves de la quantité ». In *Les Lettres de la SPF*, 38, 165-172, p. 169.

Au fil des années, Alice alternera période d'abstinence et période de consommation et trouvera une certaine stabilité dans une consommation de codéine en dosage léger, par voie orale, prescrite par un médecin généraliste particulièrement généreux.

Nous avons fait l'hypothèse, chez Alice, que les prises de produits venaient faire fonction de pare-excitation. En effet, face à l'excitation interne à l'œuvre chez Alice dans le lien à l'autre, la prise de produit vient faire office de pare-excitation, grâce à son appui sur les sensations. Par l'action chimique du produit, l'excitation se verrait liée et transformée en sensation. C'est dans ce même mouvement que vient se constituer chez Alice un narcissisme « provisoire », lui permettant de se dépendre du lien à l'autre, lien vécu comme la réactivation du chaos antérieurement connu dans la rencontre avec la psychè maternelle.

Ainsi, faute d'avoir vécu l'illusion primaire d'omnipotence, la psychè infantile ne peut se figurer comme séparée et délimitée.

2.1.2 L'illusion primaire d'omnipotence.

Winnicott insiste à de nombreuses reprises, et se démarque en cela explicitement de Mélanie Klein et d'Anna Freud, sur la question de la prématurité du moi de l'*infans* et de sa totale dépendance à l'égard des soins maternels. Il nous faut donc mettre à présent en tension les notions de dépendance, de sentiment continu d'exister et de soins maternels. Comme Winnicott ne cesse de nous le rappeler, il n'est pas encore question, dans les premiers temps de la vie, d'angoisse de perte d'objet et encore moins d'angoisse de castration mais d'une angoisse bien plus primitive : l'angoisse « d'annihilation ».

En effet, dans ces premiers temps, le *Self* de l'*infans* n'est pas encore constitué. Le registre qui nous occupe n'est pas celui de la relation objectale mais concerne l'existence même d'une psychè à naître et strictement dépendante de la psychè maternelle qui assure auprès d'elle une fonction de suppléance et de soutien⁷⁶. Les soins maternels « suffisamment bons » correspondent donc à l'établissement des conditions nécessaires pour que l'enfant puisse

⁷⁶ « Donc, à mon avis, la raison principale qui fait qu'au cours de son développement le nourrisson devient habituellement capable d maîtriser le ça, tandis que le moi l'englobe, réside dans les soins maternels : **le moi de la mère suppléant celui de l'enfant** et le rendant puissant et stable. Reste à étudier comment cela se passe et de quelle façon le moi du nourrisson se libère finalement du **soutien que lui assurait le moi de la mère**, (...). » WINNICOTT, D.W. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 358-378, p.362, c'est nous qui soulignons.

commencer à éprouver un sentiment continu d'existence. Ils conditionnent les fondements narcissiques.

Nous sommes, du point de vue de l'*infans*, dans le registre de l'être. Le sentiment continu d'exister ne peut émerger chez l'enfant qu'au travers de l'existence et de la continuité des soins maternels.

Ainsi, la préoccupation maternelle primaire permet à l'enfant de déployer « sa ligne de vie »⁷⁷ » sans que celle-ci soit perturbée par « les réactions à l'empiètement de l'environnement »⁷⁸. L'enfant protégé par la préoccupation maternelle peut ainsi s'inscrire dans une « continuité d'être »⁷⁹. C'est cette dernière notion qui s'avère finalement essentielle pour l'*infans* en ce qu'elle lui permet d'accéder à un vécu réel, de vivre ses expériences de façon complète et authentique, de les reconnaître comme lui appartenant et de fonder sur elles son sentiment interne d'existence et par là son *self* :

Le *self* de l'individu débute par une somme d'expériences : repos, motricité spontanée, sensation, passage de l'activité au repos, acquisition progressive de la capacité d'attendre de se remettre des annihilations - celles-ci résultant des réactions aux heurts (*impingements*) avec l'environnement. C'est pourquoi l'individu a besoin pour un bon départ de l'environnement spécialisé que j'ai appelé « la préoccupation maternelle primaire ».⁸⁰

La relation mère-*infans* est une relation dans laquelle la dépendance à l'égard de la mère est totale. Néanmoins, les soins « suffisamment bons »⁸¹ permettent à l'enfant de créer ses propres ressources psychiques. D'après Winnicott, la tâche de la mère auprès de l'enfant est de le faire entrer dans un processus d'illusion-désillusion, corollaire du chemin de la dépendance vers l'indépendance, ou plutôt de l'acceptation d'une dépendance relative à l'autre.

La mère, en s'adaptant de façon active aux besoins de son enfant, lui donne l'illusion qu'il est le créateur du sein et que celui-ci est en fait un morceau de lui-même. Il nous faut préciser ici que ce que Winnicott entend par « sein » correspond à « toute la technique du maternage »⁸² :

Au début, la mère, par une adaptation presque de 100%, permet au bébé d'avoir l'illusion que son sein à elle est une partie de lui, l'enfant. Le sein est, pour ainsi dire, sous le contrôle magique du bébé. (...). L'omnipotence est presque un fait d'expérience. La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut espérer

⁷⁷ WINNICOTT, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 285-291, p.289.

⁷⁸ WINNICOTT, D.W. (1956). *Ibid.*

⁷⁹ WINNICOTT, D.W. (1956). *Ibid.*

⁸⁰ WINNICOTT, D.W. (1956). *Ibid.*, p.291.

⁸¹ WINNICOTT, D.W. (1956). *Ibid.*

⁸² WINNICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1976, p.21, note de bas de page 1.

réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner les possibilités suffisantes d'illusion.⁸³

Cet espace d'illusion s'origine dans ce que Winnicott désigne comme l'espace du trouver-crée, fondateur de l'illusion d'omnipotence infantile. En cet espace, les deux partenaires, mère et enfant ne sont pas séparés mais sont au contraire subjectivement confondus : « Il n'y a pas d'échange entre la mère et l'enfant. Psychologiquement, **l'enfant prend au sein ce qui est partie de lui-même** et la mère donne du lait à un enfant **qui est partie d'elle-même.** »⁸⁴ Le trouver-crée ne peut se mettre en place que dans une communion dont les deux protagonistes partagent la même illusion, à savoir que l'autre est une partie intégrante de son propre être. Autrement dit, dans cet espace, la réalité externe devient partie intégrante du moi des deux partenaires, chacun confondant sa patrie avec celle de l'autre. Dans ce contexte, l'enfant peut se croire l'inventeur (au sens archéologique du terme⁸⁵) de l'apparition du sein : « En d'autres termes, **le sein est créé et sans cesse recréé par l'enfant** à partir de sa capacité d'aimer ou, pourrait-on dire, de son besoin. (...). La mère place le sein réel **juste là où l'enfant est prêt à le créer, et au bon moment.** »⁸⁶ L'enfant trouve et crée le sein au même instant, à condition que la mère soit en mesure de s'adapter activement et par là très finement à ses besoins.

Dans un premier temps, le sein n'est donc pas pour l'enfant un « objet » mais plutôt comme l'affirme Winnicott, « un phénomène subjectif »⁸⁷, partie intégrante de son être et issue de son propre mouvement créateur. C'est à partir de cette expérience primitive illusoire que se développeront les phénomènes transitionnels. Nous retrouvons ici quelque chose de l'ordre du phénomène d'identification décrit par Freud : « (...) **Le sein est un morceau de moi, je suis le sein.** »⁸⁸

Toutefois, il s'avère que la plupart des patients addictés n'ont pas pu avoir accès à cette expérience de trouver-crée et d'identification primordiale.

⁸³ WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*, p.21.

⁸⁴ WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*, p.22, c'est nous qui soulignons.

⁸⁵ Nous nous appuyons ici sur Winnicott : « (...) : le bébé crée l'objet, **mais l'objet était là, attendant d'être créé et de devenir un objet investi.** ». WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*, p.124, c'est nous qui soulignons.

⁸⁶ WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*, p.21, c'est nous qui soulignons.

⁸⁷ WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*

⁸⁸ FREUD, S. (1938a). Résultats, idées, problèmes. In *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, Puf, 1985, 287-288, p.287, c'est nous qui soulignons.

Dans *Jeu et réalité*, Winnicott met en avant l'idée que :« Le petit enfant peut employer un objet transitionnel quand l'objet interne est vivant, réel et suffisamment bon (pas trop persécuteur) »⁸⁹ Si tel n'est pas le cas :

l'objet transitionnel n'a alors pas de signification » ou « nous assistons (...) au désinvestissement de l'objet. Juste avant que la perte soit ressentie, on peut discerner dans l'utilisation excessive de l'objet transitionnel, le déni de la crainte que cet objet perde sa signification.⁹⁰

L'objet se trouve surinvesti dans une quête effrénée de signification affective au moment même où l'enfant insécurisé perçoit une perte affective insupportable et par là la perte du caractère transitionnel de l'objet.

Il s'agit là pour Winnicott d'un « déni de la séparation (...). [L'objet] devient une chose en soi, chose qui a des propriétés dangereuses et qu'il faut maîtriser »⁹¹.

Il nous semble que c'est précisément ce dernier mouvement qui se trouve à l'œuvre chez les sujets addicts, en ce qu'ils ont recours, dans les conceptions à l'œuvre chez J. McDougall, à des « objets transitoires ».

2.1.3 Les objets transitoires

La conceptualisation développée par J. McDougall montre que l'addiction relève d'une structuration psychique particulière visant à prendre en charge les éprouvés qu'elle ne peut contenir. De plus, l'addiction relève d'une alliance singulière avec les éprouvés d'ordre corporel. Ce recours ne peut être que transitoires : en effet, en tant que « solution somatique »⁹², la relation du sujet addicté avec son objet d'addiction ne peut remplacer l'introjection psychique « d'un environnement à fonction maternante »⁹³.

J. McDougall propose d'appeler « objets transitoires »⁹⁴ les objets supports de l'addiction, conçus comme des tentatives de fabrication d'objets transitionnels. Elle les distingue par là des objets transitionnels à proprement parler qui résultent, eux, de l'introjection de cet « environnement à fonction maternante » issue des expériences précoces satisfaisantes de l'*infans*.

⁸⁹ WINNICOTT, D.W. (1971). *Op.cit.*, p.19.

⁹⁰ WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*, pp.26-27.

⁹¹ WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*, p.31.

⁹² MACDOUGALL, J. (1996). *Op.cit.*, p.235.

⁹³ MACDOUGALL, J. (1996). *Ibid.*

⁹⁴ MACDOUGALL, J. (1996). *Ibid.*

La relation précoce mère-enfant ayant été très tôt perturbée, c'est la constitution de la psyché même du sujet qui va se trouver altérée. Dès lors, la conduite addictive apparaît comme une tentative de restauration paradoxale dans le sens où elle tente de tisser du « psychique » en recourant au « somatique », de créer quelque chose d'une âme à partir du corps. La notion d'« addiction » permet de regrouper, sous un mécanisme commun, des symptômes hétérogènes (alcoolisme, toxicomanie, sexualité compulsive).

Dans tous les cas, c'est la relation à un objet externe (un produit ou une personne assimilée par le sujet à un objet) qui vient pallier la défaillance dans l'introjection des objets internes. C'est faute d'avoir pu introjecter de façon suffisamment assurée l'image d'une mère soignante et par là de s'identifier à elle pour lui-même, que le sujet va avoir recours à la solution addictive pour faire face à sa souffrance. Dans tous les cas, le comportement addictif vise à assurer l'image narcissique du sujet en réparant l'image de soi et surtout, en maintenant l'illusion d'un contrôle omnipotent sur l'objet. De plus, le choix de l'objet d'addiction ne relève pas du hasard et dépend « des périodes particulières du développement du sujet au cours desquelles il y a une faille dans l'intégration des objets bienfaisants »⁹⁵.

Ainsi, c'est faute d'avoir pu vivre l'illusion primaire d'omnipotence que le sujet se verra contraint de fabriquer des prothèses narcissiques via le recours aux « objets transitoires ». Dès lors, nous voici en mesure de voir comment le narcissisme vient se constituer comme espace de différenciation entre le moi et le monde extérieur, dans la relation fusionnelle à l'œuvre entre l'infans et la psyché maternelle. Il nous faut, à présent, étudier plus avant les mécanismes de formation des objets « transitoires » et spécifier plus avant l'angoisse qui sous-tend leur fabrication.

2.1.4 L'espace potentiel

Faute d'avoir pu vivre l'expérience de contrôle magique du sein, l'enfant construit un objet idéalisé, structurellement inaccessible qu'il cherchera en vain à capter dans un mouvement d'incorporation à travers les prises de produits. Comment comprendre le mécanisme de clivage qui semble ici à l'œuvre ?

⁹⁵ MACDOUGALL, J. (1996). *Ibid.*, p.238.

Parallèlement à l'intégration de la personnalité et basée de même sur le sentiment continu d'existence, l'union entre psyché et soma se met en place progressivement lors du développement précoce :

D'importance égale à l'intégration, il y a le développement du sentiment que l'on a de sa personne dans son corps. De même c'est l'expérience instinctuelle et les expériences paisibles, répétées des soins corporels qui édifient par degrés ce que l'on peut appeler une personnalisation satisfaisante.⁹⁶

L'édification du moi repose sur le sentiment de continu d'exister qui va être à l'origine de l'unification du moi (intégration) et de son élaboration sur la base d'une union entre psyché et soma. Au stade très précoce qui nous occupe, Winnicott définit le psychisme comme « l'élaboration imaginaire des parties du corps, de sensations et de fonctions somatiques, c'est-à-dire d'une pleine conscience physique. »⁹⁷

La psyché s'édifie sur une base corporelle et c'est un peu plus tard que les processus psychiques et somatiques entrent en « interrelation ». Là encore une carence dans les soins maternels vient compromettre le développement du psyché-soma :

Un environnement défectueux est mauvais parce que, par défaut d'adaptation, il **empiète** sur le psyché-soma (c'est-à-dire le nourrisson) qui est forcé de réagir. De ce fait, il y a perturbation de la continuité d'existence du nouvel individu.⁹⁸

Ceci peut conduire l'*infans* à se défendre des empiètements par une activité mentale intense et trop précoce visant à pallier les défaillances de l'adaptation maternelle. Ce fonctionnement mental suractivé peut aboutir au clivage de la psyché et du soma :

En effet, par réaction à cet état anormal de l'environnement, la fonction mentale de l'individu commence à prendre la relève et à organiser les soins du psyché-soma, alors qu'à l'opposé dans la santé, l'intellect n'usurpe pas la fonction de l'environnement, mais facilite la compréhension et se sert éventuellement de sa carence relative.⁹⁹

Il nous faut ici noter que dans la situation où les soins maternels se sont avérés suffisamment bons, c'est-à-dire finement adaptés aux besoins de l'enfant, l'enfant parvient à mettre en place une faculté de compréhension qui viendra libérer la mère de la nécessité de s'adapter aussi activement qu'antérieurement à ses besoins. Celui-ci aura développé des facultés psychiques aptes à « [transformer] un défaut relatif d'adaptation en un succès de l'adaptation. »¹⁰⁰

⁹⁶ WINNICOTT, D.W. (1945). Le développement affectif primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 57-71, p.64.

⁹⁷ WINNICOTT, D.W. (1949). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 135-149, p.137, c'est Winnicott qui souligne.

⁹⁸ WINNICOTT, D.W. (1949). *Ibid.*, p.138, c'est Winnicott qui souligne.

⁹⁹ WINNICOTT, D.W. (1949). *Ibid.*, p.139.

¹⁰⁰ WINNICOTT, D.W. (1949). *Ibid.*, p.138.

Nous remarquons que le mouvement est en quelque sorte à l'initiative de l'enfant et non imposé par une urgence de survie dans un environnement carencé. Dans cette dernière situation, le fonctionnement mental tout entier vient se substituer à ce que la psyché-soma aurait été en droit d'attendre de l'environnement. Dès lors :

(...) le fonctionnement mental devient une chose en soi, qui remplace pratiquement la bonne mère et la rend superflue. Cliniquement cet état peut aller de pair avec une dépendance vis-à-vis de la vraie mère et un faux développement personnel fondé sur la soumission. Il s'agit d'un état des plus inconfortables, surtout parce que la psyché est « séduite » par l'esprit dans lequel elle se fond et rompt sa relation intime avec le soma. Il en résulte une association psyché-esprit qui est pathologique.¹⁰¹

Nous assistons ici à une forme de clivage, de désunion entre l'esprit et le soma. Ce phénomène est lié à un développement excessif et précoce du fonctionnement mental qui le conduit à devenir autonome et à abandonner son ancrage dans le soma. Ceci aboutit à un mode de fonctionnement inauthentique, faux car coupé du sentiment de réalité (à la base du sentiment d'existence) que procure l'expérience vécue par un psyché-soma unifié.

C'est à partir des soins maternels visant à limiter au maximum les empiètements de l'environnement que l'*infans* va progressivement pouvoir s'inscrire dans une continuité d'être. Si ceux-ci sont discontinus ou précaires, l'*infans* se trouve confronté à un état de désintégration : « A mesure que l'intégration devient un fait acquis et que le nourrisson se constitue en un tout, la perte de ce qui avait été acquis peut être considérée comme de la désintégration (...). La désintégration est douloureuse. La non-intégration est indolore. »¹⁰²

Winnicott définit la « nature humaine » comme la conjonction d'une unité, d'une réalité intérieure et d'une « aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la réalité extérieure ». Il s'agit d'un « lieu de repos », en ce sens que « l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et que nul être humain ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors ; (...) cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience, qui n'est pas contestée ». Il semble que ce cette aire d'expérience soit défaillante chez nos patients, du fait des carences précoces vécues dans la toute petite enfance.

¹⁰¹ WINNICOTT, D.W. (1949). *Ibid.*, pp.139-140, c'est Winnicott qui souligne.

¹⁰² WINNICOTT, D.W. (1958a). La première année de la vie. Conceptions modernes du développement affectif au cours de la première année de la vie. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 310-324, p.313.

Winnicott assimile également l'espace potentiel à un « lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure. »¹⁰³

En effet, Winnicott évoque l'existence d'un espace potentiel « à l'intérieur [de la ligne séparant l'intérieur de l'extérieur]. »¹⁰⁴ C'est dans ce lieu que Winnicott localise un type d'expérience proche de la rêverie, qui se distingue du rêve en ce que le sujet peut en partie la diriger, et du monde imaginaire du romancier. Il apparaît dans un état, là encore intermédiaire, entre éveil et sommeil, en étant toutefois plus proche du sommeil que de l'éveil. Il s'agit d'un lieu intermédiaire de fantaisie trouvé-créé par le sujet. Dès lors, le soi contiendrait cet espace de fantaisie issu de l'espace potentiel interne ou plutôt de ce qu'il conviendrait d'appeler le versant interne de l'espace potentiel.

Nous le comprenons comme un espace-lieu de repos dans lequel le sujet tente de se représenter lui-même, ce qui le fait correspondre avec l'espace du narcissisme. Il pourrait s'agir d'un espace de repli sur soi créatif en ce qu'il permet au sujet de se retrouver, de se représenter. C'est sans doute cette activité qui est à l'origine du « repos » ou de la « détente » évoqués par Winnicott. C'est en tout cas ce que nous évoque le titre même de l'article de Winnicott : « J'étais à mon club ! », le club venant figurer l'espace dans lequel celui-ci vient se retrouver dans un commerce intime avec ses objets. Il s'agit bien d'un lieu (Winnicott en parle également comme d'un « domaine »¹⁰⁵) psychique intermédiaire métaphorisant l'espace de la psyché venant se retrouver elle-même. Ainsi, dans l'espace du « club », Winnicott vient se « détendre » et finalement être seul, dans un rapport à son soi propre.

Nous voyons combien l'expérience primaire d'omnipotence vient établir les fondements narcissiques du sujet. Tout d'abord en ce qu'elle est à l'origine de l'espace potentiel, qui viendra fonder puis contenir le processus de représentation et par là le fondement de l'activité psychique. Ensuite parce qu'elle conditionne la possibilité future, pour l'*infans*, de séparer le dedans du dehors, de se délimiter. Enfin, parce qu'elle se trouve à la base de la constitution du narcissisme compris comme lieu de l'image du corps, fruit de la préoccupation maternelle primaire.

¹⁰³ WINNICOTT, D.W. (1971). *Op. cit.*, p.9.

¹⁰⁴ WINNICOTT, D.W. (1967). J'étais à mon club ! In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2001, 72-75, p.73.

¹⁰⁵ WINNICOTT, D.W. (1967). *Ibid.*, p.75.

Nous apercevons une étroite corrélation entre la naissance de l'activité psychique elle-même à travers l'ébauche de la mise en place du processus de représentation et celle de la délimitation du moi.

Nous comprenons aussi que l'addiction doit être pensée comme une répétition traumatique visant à produire une certaine forme de psychisation, non advenue dans le temps primitif de l'édification des fondements narcissiques. Cette forme première de psychisation est fondée dans le temps de l'auto-érotisme primaire.

Nous voyons comment les prises de toxiques viennent reproduire sans cesse l'échec de l'adaptation maternelle. C'est l'incorporation auto-administrée d'une molécule qui vient tenter de prendre en charge le désaide psychique vécu par le sujet. L'absorption de la molécule procède certes d'un temps de satisfaction du besoin mais n'ouvrira jamais un autre champ : nous sommes dans le registre de l'incorporation, là où antérieurement le processus d'illusion-désillusion à l'œuvre dans la relation mère-enfant permet la construction de l'espace psychique. Dans cette perspective, c'est la répétition de la désanimation qui se trouve mise en jeu.

Au vu des analyses de Winnicott concernant le caractère absolument indispensable de la capacité de la mère à procurer une continuité d'être à l'*infans*, nous pouvons déjà nous arrêter un instant sur le caractère paradoxal des pratiques mises en place par notre patiente, Alice, afin d'assurer la continuité de son sentiment d'existence.

Nous avons dit précédemment qu'Alice savait construire un lien avec l'autre mais qu'il lui était impossible d'y être présente de façon continue, voire permanente. Nous avons vu également que le bébé qu'Alice avait été n'avait pas pu vivre sous la protection assurée par la préoccupation maternelle primaire.

Dans cette perspective, les prises de toxique représentent un empiètement auto-infligé, régulièrement répété, devenu le seul moyen de lui assurer, au moins pour un temps, une certaine continuité d'être. Le processus à l'œuvre est bien celui d'une répétition : tout se passe comme s'il s'agissait, au moment où un état d'intégration (une unité narcissique) venait à se construire, de répéter, dans une tentative de maîtrise post-traumatique, l'état de désintégration antérieurement connue.

Dans cette optique, la prise de toxique vient soulager une activité de pensée autonome, telle que la décrit Winnicott, venue prendre en charge le soma. Elle engendre ce double bénéfice : il suspend pendant quelques heures un fonctionnement mental pathologique, et procure, au

travers des sensations corporelles, un contenant au somatique. Les sensations produites par les prises de toxique, accompagnées en quelque sorte d'un « repos de l'esprit », permettraient au sujet de retrouver un fonctionnement psychique extrêmement archaïque, en recréant de façon provisoire une unité narcissique.

Le mécanisme de repli sur soi à l'œuvre chez Alice vient témoigner de la faillite du processus d'introjection, processus à l'œuvre dans l'espace potentiel, compris comme fruit de la constitution de l'érotisme primaire. La perspective développée par Winnicott montre comment la satisfaction des besoins vitaux du petit enfant à l'œuvre dans la préoccupation maternelle primaire vient fonder le contenant premier des excitations internes. Cette théorisation nous permet également de dépasser la relation d'opposition mise en avant par Freud, dans la première topique, entre pulsions d'auto-conservation et pulsions sexuelles. En effet, dans la perspective winnicotienne, la satisfaction des besoins vitaux de l'enfant se voit confondue avec celle de ses besoins psychiques. En effet, c'est parce que la mère s'adapte finement aux besoins de l'enfant que celui-ci peut avoir l'illusion d'avoir créé l'objet.

Dans notre perspective, nous pouvons envisager que le lien à l'autre vient réactiver un trauma antérieur, indicible car advenu dans ce temps de constitution du moi et ayant correspondu au vécu d'annihilation corollaire de l'absence de la préoccupation maternelle primaire. C'est à l'éprouvé de mort interne que l'infans se voit livré.

Winnicott théorise la crainte de l'effondrement comme relevant des « *angoisses disséquant primitives* »¹⁰⁶ lié à un « *effondrement qui a déjà été éprouvé* »¹⁰⁷ dans ce temps primitif de fondation de la psychè. Il reste donc inaccessible pour le sujet, dans la mesure où l'effondrement a eu lieu dans un temps où la psychè était immature.

(...) le patient doit s'en « souvenir », mais il n'est pas possible de se souvenir de quelque chose qui n'a pas encore eu lieu », et cette chose du passé qui hante l'avenir n'a pas encore eu lieu, très paradoxalement, parce que le patient n'était pas là pour que ça ait lieu en lui. Dans ce cas, la seule façon de se souvenir est que le patient fasse, pour la première fois, dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de cette chose passée.¹⁰⁸

Nous comprenons mieux les absences à l'œuvre chez Alice, comme le reflet en elle d'un effondrement passé, vécu dans la non-adaptation de sa mère à ses besoins primitifs. Ainsi, le

¹⁰⁶ WINNICOTT, D.W. (non daté). La crainte de l'effondrement. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, 205-216. Paris, Gallimard, 2000, p.208.

¹⁰⁷ WINNICOTT, D.W. (non daté). *Ibid.*, p.209.

¹⁰⁸ WINNICOTT, D.W. (non daté). *Ibid.*, pp. 211-212

lien à l'autre dans son actualité s'avère terrorisant pour Alice, dans la mesure où il ne peut que réactiver en elle un trauma innommable car survenu dans le temps de la naissance psychique, celui de la différenciation primitive moi-non/moi. Tout se passe comme si le lien à l'autre se voyait potentiellement porteur de la dissolution de son être. Faute de pouvoir se figurer « seule en présence de », la présence de l'autre viendrait menacer Alice de se voir dissoute dans le néant, comme ce fut le cas dans les tous premiers temps de sa vie.

Dans cette perspective, ses prises de produits permettraient à Alice d'établir une limite provisoire entre elle et le monde extérieur, en créant un narcissisme de suppléance, seule apte à la séparer du néant dans lequel l'entraîne le lien à l'autre.

Nous voyons ici comment le sujet addicté, faute d'avoir pu vivre l'illusion primaire d'omnipotence, se voit contraint à s'auto-engendrer. Faute d'avoir pu naître psychiquement dans la dépendance vitale originaire, le sujet se voit contraint à tenter de se faire advenir lui-même. Il est temps à présent de nous pencher plus avant sur cette question de l'auto-engendrement à l'œuvre chez le sujet addicté.

2.2 Les aspects autistiques de la problématique toxicomaniaque.

2.2.1 Le cas de Bastien

Au moment où je le rencontre pour la première fois, Bastien fait son retour dans l'institution. Son arrivée s'accompagne d'une grande fébrilité du côté de l'équipe, il m'est très lapidairement présenté comme un « *grand pervers* ». Le portrait qui m'est fait de lui est si noir, que j'en arrive à me demander pourquoi l'institution lui a donné ce rendez-vous, tant elle paraît peu désireuse de l'accueillir à nouveau. J'apprendrai par la suite, qu'une quinzaine d'années auparavant, Bastien a pu bénéficier du dispositif d'appartement thérapeutique proposé par l'institution et que son passage y a laissé un souvenir marquant.

Bastien était à l'époque un jeune homme venu au Centre de Soins afin de mettre un terme à ses consommations d'héroïne (injectée). Son dossier témoigne d'un investissement notable de la prise en charge menée par un travailleur social de l'institution. Je ne trouve que très peu de traces de consultations médicales et aucun indice de prise en charge psychologique. Je comprends que Bastien a été contraint de quitter l'appartement thérapeutique à la suite de très nombreuses transgressions du cadre de cette prise en charge, accompagnées de multiples

provocations à l'égard de l'institution. Bastien a menacé, accompagné d'un ami avocat, d'attaquer l'association en justice, afin d'éviter de quitter l'appartement.

In fine, Bastien a abandonné sa prise en charge et a été en rupture de soins pendant une petite dizaine d'années.

Au moment de son retour, Bastien n'a plus rien du redoutable provocateur qu'il a été. C'est effectivement un revenant. J'ai sous les yeux un homme épuisé tant physiquement que psychiquement, un homme abîmé. Il se décrit lui-même comme étant devenu « *une loque* ». Il ne travaille plus, vit en reclus chez sa mère avec laquelle les relations sont intenable. Ses seuls moments de plaisir lui sont procurés par des injections de morphine ou de cocaïne, suivies par le visionnage de dessins animés japonais. Son discours traduit un mépris cinglant de lui-même. Sa demande de soins se résume dans un premier temps à pouvoir bénéficier d'un traitement de substitution par méthadone. De plus, Bastien aimerait aussi aller « *en maison de repos* ». Il a gardé un souvenir réconfortant d'un séjour précédent, il y a bien longtemps.

Il s'inquiète de ressembler à un « *squelette* » et associe son reflet dans le miroir à « *une gueule de toxico* ». Bastien est très maigre, son visage est émacié. Il ne paraît pas en bonne santé. Il a plusieurs abcès aux bras : l'injection devient difficilement praticable, tant ses veines sont abîmées. Il me semble que c'est cette saturation liée à une injection devenue impossible qui se trouve à l'origine du retour de Bastien.

L'entretien est difficile, Bastien n'est guère loquace et supporte mal le silence. Je suis surprise par l'intensité de sa tension interne et de son angoisse. Très vite, Bastien met en avant le fait qu'il n'a jamais entrepris de travail psychothérapeutique et qu'il ne compte pas s'y mettre car selon lui « *c'est trop tard* ». Je lui propose néanmoins un prochain rendez-vous quinze jours plus tard « *pour faire le point* ». A mon grand étonnement, Bastien accepte très aisément ce nouveau rendez-vous, auquel il viendra.

La tension relative à cet entretien est pour moi liée à la réticence extrême dont Bastien fait part quand il s'agit de se raconter. Je découvre qu'il supporte particulièrement mal sa très grande émotivité qui l'amène à craindre constamment de fondre en larmes, notamment lorsqu'il évoque le décès de son père, survenu alors qu'il avait onze ans, et dont il n'a « *jamais réussi à parler* ». Il lui arrivera d'ailleurs de prendre de la cocaïne avant de venir à son rendez-vous, afin de rendre la consultation plus supportable. Ce mécanisme ne sera pas sans me malmener.

Pourtant, j'ai l'intuition qu'il ne s'agit pas là que d'une provocation mais que cet acting témoigne aussi d'un authentique désir d'affronter ses démons.

Ses conditions de vie sont d'une très grande pauvreté : il occupe une chambre seulement pourvue d'un matelas et d'une télévision au dernier étage dans la maison de sa mère. Bastien ne fait « *strictement rien de ses journées* », si ce n'est prendre des produits lorsque ses finances le lui permettent. Il a arrêté de travailler depuis plusieurs années et s'accuse féroce­ment d'être devenu « *feignant* », lui qui a toujours été apprécié dans son activité professionnelle.

Bastien est très préoccupé par l'état de son corps et l'image de « *toxico* » qu'il renvoie. Il se réjouira, après un séjour en milieu hospitalier, d'avoir pris plusieurs kilos et de voir ses joues se remplir un peu.

Malgré les difficultés de Bastien dans l'expression de ses états d'âme, nous parviendrons à nous rencontrer avec une certaine régularité. Toutefois, Bastien n'essaie pas réellement de mettre un terme à ses consommations. Il est vrai que sa vie est bien terne. Il se ressent comme étant le « *vilain petit canard* » de la famille, comme un poids mort pour sa mère. Il traversera d'ailleurs des phases d'anorexie au cours desquelles il me dira ne pas manger pour ne pas coûter d'argent à sa mère. Je peine à me figurer la nature de la relation entre cette mère et son fils. Les rapports semblent être extrêmement tendus entre eux. Bastien me décrit un semblant de cohabitation, sans dialogue, sans échange, sans affect exprimé.

Bastien peine à limiter ses consommations de produit, et notamment de cocaïne, qui lui permettent de sortir pour quelques heures du néant. Bastien dit souvent qu'il ne ressent rien et qu'il souffre de cette sensation de vide interne. Comme le formule Fernando Geberovich :

Si l'incapacité du toxicomane s'oppose au ralentissement vital du dépressif, le gouffre identificateur est le même : la vie semble invivable et surtout vide, à la limite du non-sens. Dans les deux cas, le discours est souvent hyperlucide. Or, comme on sait, la lucidité est la façon de mentir la plus proche de la vérité... La tristesse ou la drogue tiennent lieu d'objets, mais il s'agit d'ersatz, là où, en réalité, l'objet et le moi se dérobent. Cette symbolisation par l'agir détruit jusqu'au support-corps et psychè- du sujet. La tristesse, comme la drogue, ont valeur de prothèses, non de symptômes (...) »¹⁰⁹

Dans ce contexte, il s'agira de retisser du lien, du vivant, pour Bastien. Toutefois, je découvre qu'il me faut rester à une distance qui soit supportable pour lui. En effet, se laissant aller à un mouvement transférentiel, Bastien m'amène un jour un manga japonais qu'il veut me

¹⁰⁹ F. GEBEROVITCH (2003) *No Satisfaction*, Paris, Albin Michel, p.71.

faire découvrir. Son médecin, témoin de la scène, le taquine très maladroitement à ce sujet. À la suite de ce mouvement, Bastien mettra un mois avant de revenir me voir en consultation.

Cette deuxième période dans l'histoire de Bastien avec le Centre de Soins s'achèvera sur un conflit avec le nouveau médecin responsable de sa prise en charge. Bastien ne supportera pas que le cadre de délivrance de sa méthadone soit un peu plus strict et il cessera de venir au Centre de Soins pendant quelques semaines.

C'est la mort d'une patiente du Centre de Soins et amie d'enfance de Bastien qui amènera un sursaut, un impressionnant élan vital de sa part. Ainsi, celui-ci acceptera une hospitalisation pour sevrage, s'y tiendra et demandera également à bénéficier d'un séjour de post-cure, qui lui avait été maintes et maintes fois proposé, pour consolider son sevrage et réfléchir à son parcours. Malgré une blessure assez grave à la hanche nécessitant une hospitalisation et une intervention chirurgicale pendant son séjour, Bastien insistera pour finir son projet et reprendre son parcours de soin là où sa blessure l'avait interrompu.

Par la suite, il emménagera avec une femme rencontrée au cours de son séjour en postcure. Leur relation durera un an. Malheureusement dans la lignée de cette rupture amoureuse, Bastien reprendra ses consommations d'héroïne et mourra d'une overdose alors qu'il était retourné vivre chez sa mère. Son décès me laissera un goût amer, dans la mesure où il était annoncé et aurait pu, de ce fait, être évité.

2.2.2 Du défi contre la mort à la figure du vampire

Dans la première période de son parcours de soin, période à laquelle je n'ai pas connu Bastien, son attitude semblait être celle que nous avons déjà évoquée dans la première partie de notre réflexion, à savoir l'attitude de « défi contre la mort » mise au jour par J. McDougall. Celui-ci s'exprime d'abord dans une position de toute-puissance du sujet qui revient à nier la possibilité que son comportement puisse le mener à la mort. Cette dernière ne semble pas le concerner, le sujet se pose dans son fantasme comme étant en position d'exception : « *Rien ne me touche, la mort c'est pour les autres !* »¹¹⁰

Dans un deuxième temps, cette défense se transforme en un sentiment de renonciation face à l'action des pulsions de mort. Le sujet dit accepter l'idée que son addiction puisse le

¹¹⁰ MACDOUGALL, J. (1996). *Op.cit.*

conduire à la mort et surtout ne plus lutter contre ce fait : « *Peut-être que le prochain fix [acte, rencontre] s'avèrera être l'overdose. Et alors ? Qu'est-ce que ça peut me faire !* »¹¹¹

Dans le cas de Bastien, notre rencontre a eu lieu dans la seconde période de son suivi, celle où, effectivement Bastien se disait indifférent à l'idée de sa propre mort. Et pourtant, malgré toutes les prises de risque antérieures qui venaient effectivement venir constituer le défi contre la mort évoqué par J. McDougall, il m'a semblé que les images appelant celle de la mort physique étaient paradoxalement les seules aptes à faire réagir Bastien. Ainsi, c'est son reflet cadavérique dans le miroir qui l'amène à demander une prise en charge à temps plein. Mais surtout, et de façon très surprenante et spectaculaire, c'est la mort (inexpliquée) de son amie d'enfance qui engendrera une période de retour à la vie chez Bastien.

En effet, avant ce sursaut, Bastien renvoyait l'image d'un mort-vivant, d'une créature hybride, tantôt fantomatique, tantôt vampirique. C'est notamment cette dernière image, qui m'a entraînée vers l'ouvrage de Pérel Wilgowicz intitulé *Le vampirisme, De la dame blanche au Golem, Essai sur la pulsion de mort et l'irreprésentable*. Toutefois il m'a également semblé que le fanatisme déployé par Bastien quant à la pratique de l'injection, finissant, d'ailleurs, par le déborder lui-même. Ce phénomène se traduisait par les abcès aux bras dont Bastien souffrait de plus en plus souvent, abcès qui sont les indices d'une injection mal pratiquée, le plus souvent avec un matériel non stérile. Ceci venait traduire sa quête très archaïque de limites psychiques au détriment de la pulsion d'auto-conservation.

Actuellement, très peu de patients dépendants à l'héroïne ou à la cocaïne sont des injecteurs. La pratique du sniff a largement remplacé celle de l'injection. Ce phénomène est consécutif à l'épidémie de SIDA et d'hépatite C auxquelles de nombreux sujets toxicomanes n'ont pas survécu. Par ailleurs, il est également à noter que la baisse du prix de ces deux produits l'ont rendu évidemment plus accessible à des personnes souhaitant, du moins dans un premier temps, en faire un usage dit « récréatif ». Dans ce cadre, et dans une tentative de rejet de l'image du toxicomane, la pratique de l'injection, qui par ailleurs nécessite une certaine initiation et quelques compétences techniques, n'est pas envisageable par ce type d'usagers. Ainsi Bastien, venait faire figure d'exception.

¹¹¹ MACDOUGALL, J. (1996). *Ibid.*

La pratique de l'injection est une pratique permettant certes d'accentuer les effets de la prise du produit, mais dans le discours des patients, cette pratique n'est pas sans être accompagnée d'une grande excitation et souvent d'une connotation sexuelle flagrante. Chez bien des couples de patients, c'est l'homme qui injecte le produit à sa compagne. Pour de nombreux patients c'est l'injection qui fait le « *vrai* » toxicomane. Cette pratique résulte d'une initiation, signe d'intégration dans la communauté. Si cette pratique fascine et révolte, elle devient rapidement, pour les sujets, une pratique certes banalisée sur le plan manifeste mais toujours inquiétante et excitante sur le plan latent.

A l'hémorragie psychique vient répondre la plénitude du remplissage, la satisfaction du besoin. Ce serait donc en attaquant sa peau, c'est-à-dire une limite corporelle, que le sujet peut retrouver quelque chose de l'ordre d'une limite intrapsychique. Nous nous approchons d'une pratique proche de la scarification. Néanmoins à cette dimension, vient s'ajouter celle d'un rapport à l'intérieur du corps, et notamment au sang, à la circulation sanguine. S'agit-il ici d'un fantasme vampirique ? A quelle sorte de transfusion imaginaire le toxicomane-injecteur se livre-t-il ?

Nous voici confrontés à des registres extrêmement archaïques, en lien avec la question du désêtre et de la non-naissance, et de l'existence d'un double déni : celui de la naissance et celui de la mortalité : « Alors que le vampire, de l'autre côté du miroir, est un non-mort, le vampirisé, invisible dans la glace, s'apparente à un non-né. Enveloppée d'un halo de transparence vampirique, sa psyché reste vide de ses figurations propres. »¹¹²

La perspective est ici particulièrement intéressante car elle concerne le stade embryonnaire du narcissisme :

Caractéristiques du vampir :

Il ne s'agit pas tant d'oralité que d'une sorte de transfusion à travers la peau de l'autre (au sens propre comme au figuré). Ceci différencie le vampirisme du cannibalisme (et induit toutes les déclinaisons des identifications métapsychologiques que nous serons amenés à envisager ultérieurement).

- Il n'y a pas de sang répandu, pas de stigmates repérables ; seulement une petite trace à peine visible au niveau du cou, on pourrait plutôt dire que les personnages vampiriques ne voient pas le sang couler. Les vampirisés, exsangues, sans reflets ni ombres, errent dans un état de transparence, parfois plus ou moins teintée de blanc.

– Le vampire n'est pas un revenant qui réapparaît, tel un fantôme ou un spectre, pour assouvir une vengeance ni pour chercher le salut. Revenant-en-corps « il est à l'origine d'une généalogie ; il s'attaque et s'attache plus particulièrement à ses proches, plus particulièrement à ses descendants. Ainsi s'établit une chaîne ou une filiation vampirique.¹¹³

¹¹² P. WILGOWICZ, *Le vampirisme. De la Dame Blanche au Golem. Essai sur l'irreprésentable et sur la pulsion de mort*, Meyzieu, Césura, 1991.

¹¹³ P. WILGOWICZ (1991), *Ibid.*, p.293.

Dans le cas de Bastien, nous pouvons faire l'hypothèse d'un clivage interne venant induire cette étrange cohabitation entre vampire et vampirisé, condensés chez le même sujet. Toutefois, il reste à savoir quel est le fantasme qui sous-tend le mécanisme. Pouvons-nous penser l'existence d'un fantasme d'auto-engendrement chez Bastien ?

Quelle que soit l'image fantasmatique présente dans l'esprit du clinicien, il est toujours question pour les patients d'une grande difficulté à se sentir exister, à ressentir les affects, positifs comme négatifs et à créer et maintenir des liens. Nous retrouvons ici la grande proximité entre le registre de fonctionnement à l'œuvre dans les mécanismes qui sous-tendent l'addiction avec le registre des limites, proximité que nous évoquions précédemment. Ainsi, le registre de l'addiction vient répondre aux failles dans la construction des limites psychiques, failles elle-même issues, comme nous venons de le montrer des carences précoces dans la relation mère-*infans*. Comme l'affirme Michel de M'Uzan :

On a dit que la prise d'héroïne déclenchait sur le moment même une certaine dilatation du sentiment de soi, une expansion narcissique accompagnée d'une impression de toute-puissance, intellectuelle en particulier, avec en prime un état d'euphorie diabolique. (...) On a en effet affaire à une véritable carence existentielle, un défaut d'« être », une incapacité à se sentir naturellement soi-même.(...) Il s'agit donc d'un statut très différent et inscrit dans une problématique plus archaïque que celui qui prendrait place dans une problématique narcissique classique. Et je précise, on le retrouvera à propos de la question structurale, que la défaillance en question se situe avant même que ne se profile le développement de la libido sur les pulsions d'auto-conservation.¹¹⁴

C'est dans les tous premiers temps de fondement du narcissisme que vient s'inscrire la problématique addictive. Ce registre est conceptualisé par Michel De M'Uzan comme étant celui du « tonus identitaire de base » défini par lui comme « ce qui permet au sujet de se vivre dans sa complétude et dans son unicité »¹¹⁵

Dans cette perspective, nous voyons, à nouveau, comment l'addiction vient s'inscrire dans le champ de l'auto-conservation psychique. Nous retrouvons ainsi cette logique pouvant paraître paradoxale d'attaque du corps propre afin d'assurer la survie du psychisme du sujet. Dès lors, dans ce contexte « la rencontre avec le toxique [est] une révélation. Cette rencontre a quelque chose d'extraordinaire ; c'est la découverte miraculeuse de la solution absolue qui permet d'être »¹¹⁶ Pour Michel De M'Uzan, le « tonus identitaire de base » est assuré dans la

¹¹⁴ DE M'UZAN, M. (2005). Addiction et problématique identitaire : le « tonus identitaire de base ». In *Aux confins de l'identité*. Paris, Gallimard, 132-141, p.135.

¹¹⁵ DE M'UZAN, M. (2005). *Ibid.*, p.136.

¹¹⁶ DE M'UZAN, M. (2005). *Ibid.*, p.137.

constitution du moi-idéal, forme première du narcissisme. C'est cette instance qui aurait fait défaut chez le sujet addicté et non pas une défaillance du surmoi :

(...) ce qui est réellement en question, c'est la problématique du moi-idéal, une entité intrapsychique (Herman Nunberg) une formation intrapsychique qui précède l'instauration du surmoi et qui a trait à l'union non conflictuelle entre un moi encore inorganisé et le ça. C'est après cela que court le toxicomane. Parallèlement à une réparation substitutive de sa défaillance identitaire, il poursuit sa quête vertigineuse, nostalgique et répétitive d'un moi idéal qui, n'ayant pas été en mesure d'assurer son rôle très transitoire, continue de l'interpeller. Telle est l'ombre qui s'étend sur l'esprit du toxicomane¹¹⁷

Il est donc ici question de la recherche d'un apaisement pulsionnel par une tentative de création provisoire d'une limite intrapsychique, à travers l'échec de la formation d'une des instances primitives de la constitution du narcissisme du sujet. Il nous faut toutefois poursuivre nos investigations afin de mieux spécifier la teneur de l'auto-engendrement à l'œuvre dans l'addiction.

2.2.3 L'opération du *pharmakon*

Le précédent développement nous a permis de voir comment la problématique addictive venait se loger aux racines de la constitution de notre narcissisme, dans la constitution d'une enveloppe moïque primitive fruit de l'érogénéisation à l'œuvre dans la relation primaire mère-*infans*. Toutefois, il nous reste à préciser la fonction que les prises de toxique viennent prendre dans cette économie de survie psychique.

S. Le Poulichet propose de désigner la toxicomanie comme relevant d'une « opération du *pharmakon* » faisant appel à la double valence du *pharmakon*, chez Platon, dans la mesure où il désigne à la fois un remède et un poison, permettant de procurer au sujet un état de « repli narcissique », ayant vocation à « lier les excitations, [signant] l'échec d'une « liaison » plus structurante. »¹¹⁸. Dans ce contexte, « le *pharmakon* aurait alors le statut d'un organe qui, lorsqu'il est restitué, établit l'illusion d'un « narcissisme absolu » ! »¹¹⁹

Ainsi, la toxicomanie est conçue comme le fruit d'un « montage »¹²⁰ relevant de ce que S. Le Poulichet conçoit comme appartenant au champ des « formations narcissiques »¹²¹ dans

¹¹⁷ DE M'UZAN, M. (2005). *Ibid.*, p.138.

¹¹⁸ LE POULICHET, S. (1987). *Toxicomanies et psychanalyse*. Paris, Puf, 2007, p. 47.

¹¹⁹ LE POULICHET, S. (1987). *Ibid.*, p. 49.

¹²⁰ LE POULICHET, S. (2005). L'informe temporel : s'anéantir pour exister. In *Recherches en psychanalyse*, 3, pp. 21-29, p. 5.

¹²¹ LE POULICHET, S. (1987). *Op.cit.*, p. 99.

la mesure où « [elles] réalisent un court-circuit du trajet pulsionnel. » et montre, dans un article ultérieur¹²², l'importance de la métonymie dans le processus :

Cependant, les toxicomanies réalisent un tour particulièrement insolite, puisqu'elles inventent une méthode pour se faire un corps étranger grâce à l'incorporation d'un « corps étranger » toxique. (...) D'un point de vue fantasmatique, avaler ou s'injecter un « corps étranger » équivaldrait ici à devenir un corps étranger. Par glissement métonymique, une partie prend en charge le tout (un corps chimique pour toute la surface corporelle), et conjointement un transfert de sens s'accomplit entre les verbes qui « conjuguent » les actions du corps (incorporer pour devenir). (...) devenir sans relâche ce que l'on incorpore, pour que le moi ait enfin l'illusion de se refermer sur ses propres bords et de résister à une mortelle ouverture.¹²³

Outre qu'elles mettent au jour la dimension de remède de la toxicomanie, via la métaphore du *pharmakon*, les analyses de S. Le Poulichet, par leur haut degré de complexité, permettent de comprendre comment viennent s'articuler le mécanisme de l'incorporation-identification, l'enveloppe primitive comme premier réceptacle des excitations internes-externes et de leur métabolisation via le pulsionnel, et le sentiment continu d'exister.

En effet :

L'opération du *pharmakon* réalise une insolite continuité de soi à soi dès lors que se manifeste un rapport sans coupure entre un traitement de l'organisme et un traitement de l'excès pulsionnel : aucune perte n'affecte ce corps circulaire, réversible et actuel. (...) Cependant, cette opération échoue la plupart du temps, car elle reconduit en fait l'aliénation qu'elle voulait contrer : investissant toujours la surface corporelle pour tenter de circonscrire la jouissance, elle actualise encore une étreinte impossible avec le moi, mettant en œuvre une nouvelle coïncidence entre le corps et ce qui tente de le signifier.¹²⁴

L'opération du *pharmakon* vise à assurer des limites suffisamment assurées au moi, tout en assurant un semblant d'élaboration pulsionnelle des excitations internes, via le recours à une excitation externe, la prise de toxique :

En effet, ce qui paraît dans les toxicomanies bien plus essentiel que l'action spécifique d'une drogue, c'est cette opération qui invente un curieux statut auto-érotique et auto-référentiel d'un corps livré à un impératif d'auto-engendrement quotidien, grâce à l'intervention d'un « corps étranger » garantissant une suppression toxique de la douleur et la restauration d'une forme d'homéostasie.¹²⁵

Dans la perspective de S. Le Poulichet, les prises de produits viseraient à créer quelque une psychisation du sensoriel, là où ce processus n'est pas inscrit chez le sujet addicté, faute de l'établissement du processus de séparation, moi-monde extérieur, *infans*-psyché maternelle. Faute d'avoir pu faire l'expérience du trouver-crée, le moi infantile en construction ne peut se figurer comme séparé.

¹²² LE POULICHET S. (1991). Se faire un corps étranger. In *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 43, 249-263.

¹²³ LE POULICHET S. (1991). *Ibid.*, p. 256.

¹²⁴ LE POULICHET S. (1991). *Ibid.*, p. 259.

¹²⁵ LE POULICHET S. (1991). *Ibid.*, p. 258.

Dans le recours au toxique, le moi peut venir se figurer comme « corps étranger », paradoxalement en créant une fusion totale via le mécanisme de l'incorporation, fusion dont il tente justement de se déprendre. Mais l'incorporation n'est pas l'introjection, et le sujet se voit voué à répéter inlassablement la même opération, dans un mécanisme paradoxal bien souligné par S. Le Poulichet : « Et ce que l'on nomme « dépendance à la drogue » apparaît en fait comme une tentative pour élaborer un corps séparé, même si cette tentative engage simultanément son propre contraire en donnant lieu à une étreinte inconsciente avec un autre incorporé. »¹²⁶

Faute d'avoir pu connaître la contenance assurée par la psychè maternelle, fonction incarnée notamment dans les expériences de holding, la psychè de l'*infans* ne peut construire ses propres limites internes et se trouve toujours menacée par un possible anéantissement. La psychè ne peut se « tenir », c'est-à-dire finalement « retenir » ses propres contenus, faute d'une figuration suffisante de son propre reflet comme séparée et unifiée, dans la psychè maternelle.

C'est dans ce contexte que S. Le Poulichet retrouve une proximité entre le « montage » opéré dans la toxicomanie et les « fabrications autogénérées » à l'œuvre dans l'autisme, selon les conceptualisations de F. Tustin : « Les phénomènes addictifs ne sont pas sans rapport avec ces « fabrications » qui protègent les sujets d'une forme d'effondrement lorsque s'est produite une « rupture du sentiment d'exister. »¹²⁷

Nous voyons mieux comment le processus hallucinatoire se déploie dans la problématique addictive. D'une part, parce que la prise de produits permet de produire chez le sujet de façon hallucinatoire, de façon chimiquement induite, un sentiment d'unité du moi, d'une unité « absolue », fruit d'un clivage. Ensuite parce que cette hallucination relève d'un ancrage dans le réel, via l'appel à l'exacerbation de la sensorialité dans l'ici et maintenant de l'incorporation du toxique. Enfin parce que cette hallucination « positive » c'est-à-dire apte à créer un contenu psychique au statut hybride, un « mirage du moi », relève aussi d'une hallucination négative, dont nous retrouvons la trace dans la dynamique d'auto-engendrement souligné par S. Le Poulichet.

¹²⁶ LE POULICHET S. (2002). De la « substance psychique » au paradigme de l'addiction. In *Les addictions*. Paris, Puf. 121-132, p. 125.

¹²⁷ LE POULICHET S. (2002). *Ibid.*, p. 126.

Si, la psychè de l'*infans*, pour faire face à l'hémorragie psychique, opère une stratégie de « repli » qui n'est cependant exactement similaire à celle présente dans le fonctionnement autistique, comme les analyses de S. Le Poulichet le montrent, nous pouvons noter également que les mécanismes engagés tentent de recréer également une certaine rythmicité.

En effet, F. Tustin souligne que « Winnicott (1958) a mis en évidence que, très tôt chez le nourrisson, l'échange est basé sur une illusion. Cette illusion semble être celle d'un flux et d'un reflux rythmique. »¹²⁸ G. Haag, précise comment cette rythmicité vient participer à la création d'une trame de contenance venant se constituer dans la construction de l'auto-érotisme. Ainsi :

Les boucles dessinées sont des boucles de relation qui partent du sujet pour rebondir sur l'objet et revenir au sujet par le biais de l'auto-érotisme. Chaque boucle représente alors un moment de rencontre de l'objet (cela peut être plusieurs fois le même qu'on rencontre sous des angles différents, ou plusieurs objets différents). Au fur et à mesure des expériences au sein de cet espace transitionnel entre le sujet et les objets de son environnement, les points de rebond se multiplient et forment bientôt une limite (...), qui est une première contenance.¹²⁹

Nous pouvons également faire l'hypothèse que les prises de produit viennent constituer une forme de rythmicité pour le sujet addicté. En effet, l'addiction amène le sujet à recréer une certaine rythmicité centrée autour des sensations de manque, de douleur, d'excitation, puis de remplissage, de satisfaction. Pour faire face à sa douleur psychique, le sujet se lance à la poursuite du produit, quête produisant à la fois angoisse et excitation, suivi du temps de la consommation-incorporation, permettant provisoirement de faire taire la douleur psychique etc.

Bien des patients évoquent ce « *cercle infernal* » ou ce « *piège* » dans lequel ils se trouvent pris, sans pouvoir s'en libérer. Toutefois, l'alternance et le séquençage trouvés, dans les sensations extrêmes impliquées dans cette vie centrée entièrement autour d'une lutte contre l'effondrement narcissique, nous paraît venir témoigner des carences vécues dans ce temps de fondation de la psychè.

¹²⁸ TUSTIN, F. (1981). *Les États autistiques chez l'enfant*. Paris, Seuil, 2003, p. 165.

¹²⁹ CHOCRON, M. (2012). *Fonctionnements autistiques et dimension thérapeutique des médiations*. [Thèse de doctorat inédite], Université Paris 13, p. 58.

2.3 Les aspects autistiques de la problématique alcoolique

2.3.1 L'incorporation métonymique d'un contenant

Pour faire face à l'hémorragie psychique, les sujets alcooliques nous disent s'agripper, s'accrocher au contenant de la bouteille, contenant dur et froid, le plus souvent en verre ou en métal. Le geste de saisir cette bouteille vient participer au réconfort ressenti lors des alcoolisations. La bouteille posée près d'eux vient figurer une présence maternante venant porter le sujet : « *Je suis avec ma bouteille. Je suis bien. Elle, elle ne m'a jamais laissé tomber !* », voici ce que nous adressent très rapidement les patients.

La « *bouteille* », contenant inanimé, devient une sorte de personnage, objet transitoire que nous évoquions précédemment, dont la présence devient indispensable. Le contenant s'avère aussi important que le contenu, l'incorporation du contenu devient, dans un mouvement métonymique, incorporation d'un contenant.

Même lorsque le sujet est abstinant, il conserve bien souvent cette relation à « *la bouteille* » : « *On m'a dit que je devais me débarrasser des bouteilles d'alcool à la maison, que cela pouvait être dangereux pour moi. En fait, cela me rassure de les savoir là même si je ne peux pas les boire. Elles restent près de moi. Je peux les toucher, les prendre. Je les sers à mes amis, oui, c'est toujours moi qui remplis les verres et j'en garde souvent un dans la main, même vide !* » me dira Jean. Il s'agit de tenter d'apaiser l'angoisse par un relais par le corporel, par une sensation d'agrippement, celle de tenir le contenant entre ses mains et de faire ainsi peau commune avec lui.

C'est donc avec un contenant inanimé, froid et rigide, le verre de la bouteille ou le métal des canettes, que le contact s'établit, créant une pseudo-enveloppe, une pseudo unité narcissique dans un mouvement métonymique :

Imaginez quelqu'un qui tombe brusquement dans un précipice, et qui ne tient que rattaché par une seule main à l'unique et fragile saillie d'un rocher. Pendant ce temps, il ne sera plus que cette « union de la peau morceau de pierre » et il doit n'être que cela s'il veut survivre.¹³⁰

Ceci n'est pas sans poser question quant aux aspects autistiques contenus dans la problématique alcoolique, comme le propose M. Monjauze :

¹³⁰ AULAGNIER, P. (1985). Le retrait dans l'hallucination : un équivalent du retrait autistique ? *Lieux de l'enfance*, 3 ; cité par MONJAUZE, M. (2000). *La problématique alcoolique*. Paris, In Press, 2008. p.128.

(...) un des éléments communs aux autistes et aux alcooliques pourraient avoir pour ces derniers une grande importance. C'est le fonctionnement métonymique de ces patients : corporellement et psychiquement, ils ne seraient que partie pour le tout. La main, les sensations corps-objet, représenteraient le Soi tout entier.¹³¹

Dès lors, les patients alcooliques tenteraient de se forger dans ce mouvement métonymique, une enveloppe-carapace tels les « enfants à carapace » décrits par F. Tustin :

Leur fonctionnement psychologique s'est arrêté à un stade rudimentaire, au moment où ils ont pris conscience de leur séparation corporelle, sans pouvoir la supporter. Ils ont découvert que leur mère, source de sensations, ne faisait pas partie de leur corps à une époque où ils ne disposaient pas encore de structures internes suffisamment organisées pour pouvoir supporter ce traumatisme. En d'autres termes, ils ont subi une perturbation pendant la phase protectrice de l'autisme primaire normal, alors qu'ils n'étaient pas en mesure de le supporter. Ils ont réagi à cette perturbation insoutenable en entretenant l'illusion d'une fusion avec les objets durs.¹³²

Le trauma précoce a gravement mis à mal l'érogénéisation de l'enveloppe corporelle, nécessaire à sa fonction de limite entre soi et l'autre et entièrement dépendante de la qualité des échanges mère-*infans* et de leur continuité. Afin d'assurer sa survie dans ce contexte de catastrophe intervenue alors qu'il est entièrement dépendant des soins maternels, l'*infans* s'enferme dans un déni de l'altérité en mettant en place « l'illusion d'une fusion » avec un objet inanimé.

Ce mécanisme nous paraît être impliqué chez le patient alcoolique et pourrait être responsable de cette longue période difficilement supportable du côté du clinicien, connue au début de bien des suivis. En effet, les premiers mois s'avèrent très douloureux pour le clinicien non averti : sensations profondes d'impuissance, d'ennui, doutes profonds quant à l'efficacité thérapeutique de la parole. Chaque entretien est une copie conforme de l'entretien précédent, tout se passe comme si le clinicien se trouvait pris dans une logique circulaire concentrique dont il lui est difficile de se déprendre. Du côté du patient, les alcoolisations se multiplient, rendant parfois l'entretien impossible, le discours reste plaqué, sans la moindre touche personnelle, dans une éternelle répétition : « Si l'analyste est trop passif et malléable, il peut, lui aussi, être utilisé en tant qu'objet autistique. »¹³³ Un nouveau rapprochement est possible avec la problématique autistique :

Ce type d'enfant ne fait jamais l'expérience du « manque ». Il vit concrètement l'absence d'une autre personne comme si cette absence était un « trou » susceptible d'être comblé immédiatement par un objet autistique. Il fait l'expérience d'un « vide » et d'un « néant » qui n'ont rien à voir avec le sentiment de « manque » que l'on éprouve en l'absence d'une personne nécessaire pour le combler. (...).»¹³⁴

¹³¹ MONJAUZE, M. (2000). *La problématique alcoolique*. Paris, In Press, 2008, p.128.

¹³² TUSTIN, F. (1981). *Op.cit.*, pp. 47-48.

¹³³ TUSTIN, F. (1981). *Ibid.*, p.133.

¹³⁴ TUSTIN, F. (1981). *Ibid.*

Le patient alcoolique se trouve constamment pris dans cette angoisse d'annihilation, angoisse associée à l'éprouvé de mort psychique. Dès lors, l'incorporation du produit, vient permettre au sujet de tenter de se figurer comme séparé du corps de la mère de façon provisoire. Toutefois, il nous faut, pour étayer notre propos mieux différencier problématique addictive et problématique autistique.

Le sujet addicté utilise les mécanismes de type autistique pour assurer des limites provisoires au moi. C'est-à-dire qu'il dispose de l'image d'un corps sensible et non d'un corps insensible comme c'est le cas dans la problématique autistique. Ceci nous amène à penser que le sujet addicté dispose de traces d'un vécu sensoriel connu dans la primitive relation mère-*infans* et que ces traces sont surinvesties. Ce surinvestissement témoigne d'un défaut d'érogénéisation de l'enveloppe du moi, érogénéisation à l'œuvre dans l'auto-érotisme primaire. Dans cette perspective, l'objet est connu mais il est insaisissable car il ne peut pas être introjecté. Il ne peut qu'être incorporé. Il nous faut à présent examiner plus avant ce qui, dans la relation mère-*infans*, permet à la psychè infantile d'avoir accès au mécanisme d'introjection. Pour poursuivre notre réflexion, nous avons choisi d'étudier la conception du « féminin élémentaire » développée par E. Allouch.

2.3.2 L'opération du féminin élémentaire

Le concept de « féminin élémentaire » est défini de la façon suivante :

Le féminin élémentaire ressort avant tout au « prendre en soi », c'est-à-dire à ce que Freud a appelé la *Bejahung* (Freud, 1925), affirmation primitive qui ouvre à un premier corps de signifiants, c'est-à-dire à la symbolisation primordiale. »¹³⁵

Il renvoie à la possibilité pour l'*infans* d'accueillir en lui les soins maternels et d'introjecter l'érogénéisation qu'ils contiennent dans un mouvement d'activité-passivité spécifique :

(...) cette opération appelle un état de passivité active qui rend particulièrement réceptif à la libido de l'Autre. Aussi bien, elle initie l'« expression première du lien affectif à une autre personne », c'est-à-dire le sentiment-sensation de l'intime, du familier, qui introduit au sens du réel (Allouch, 1999, p. 173-175). Le produit d'un tel processus de réceptivité passive-active à l'autre est (...) ce que je désigne comme étant le féminin élémentaire.¹³⁶

¹³⁵ ALLOUCH, E. (2008). *Ibid.*, p. 43.

¹³⁶ ALLOUCH, E. (2008). *Ibid.*, pp.42-43.

C'est dans ce subtil mouvement que l'*infans*, à travers l'investissement libidinal de ses contours corporels, figure son unité moïque dans une dynamique fondamentalement relationnelle. L'affirmation primordiale relève d'une inscription première de l'altérité en soi, seule apte à « humaniser »¹³⁷ le pulsionnel :

Ayant trouvé ainsi une présence (*Darstellung*) à l'autre et à soi, le sujet émerge psychiquement à même la surface de son corps. Le corps, rendu ainsi figurable à la manière d'un rêve (en cas de pathologie, à la manière d'un cauchemar ou d'un délire) (Allouch, 1992), devient sensible et expressif au travers de signes et de signifiants plastiques et sonores, qui disent à même sa surface, son espace et ses prolongements gestuels et vocaux, le plaisir, le déplaisir, voire la souffrance (...).¹³⁸

Or, dans le cas de l'autisme, cette première inscription fait défaut. En l'absence de cette érogénéisation, fruit de la relation à l'Autre, l'*infans* opère un repli en lui-même sous l'égide de la pulsion de mort :

Point (ou si peu) de constitution de zones érogènes qui fassent traces pour présentifier (*darstellen* et non *vorstellen*) l'objet de la pulsion, cet entre-deux-corps/psyché, source de plaisir ou de déplaisir. Son corps sensible, gestuel et vocal, c'est-à-dire sa corporéité, demeurera lettre morte pour l'autre, les autres et lui-même, (...). **Il est réduit à être auto sans éros.** (...) L'autiste, à la différence du psychotique de l'enfance, dispose en effet d'un être-corps qui distingue bien un dedans d'un dehors, mais au profit d'un retranchement ou d'un retrait au dedans, au détriment du dehors. Au lieu de devenir sensible et expressif, le corps de l'autiste est au mieux fonctionnel, quand il ne développe pas un « phénomène de seconde peau », tel que l'a décrit Esther Bick citée par F. Tustin (1972).¹³⁹

La différenciation soi-environnement s'opère d'une manière extrêmement couteuse : au prix d'une non-naissance psychique. L'énergie psychique monopolisée par la pulsion de mort vient entretenir un état structuré autour d'une hallucination négative :

(...), j'ai soutenu l'idée qu'à l'encontre du processus d'hallucination positive du rêve, du fantasme, du symptôme hystérique et du délire, **l'autisme relève d'une sorte d'arrêt sur le vide d'un état figé d'hallucination négative, état que j'ai nommé un géométral hallucinatoire.** Il se traduit par un grave défaut de la figurabilité de la symbolisation primaire, de par l'échec de ce que j'ai appelé la voie des sensations et de l'affect de l'identification primaire (ou voie du contact direct étayé sur l'Autre et les fonctions corporelles). Il ne s'agit pas d'un phénomène de dépersonnalisation comme dans la psychose (au sens de Federn), mais **d'un phénomène plus radical, celui d'une non-personnalisation ou d'une non-subjectivation,** par suite de l'impossibilité du bouclage de la pulsion selon les trois temps de ses premiers destins, constitutifs de l'auto-érotisme ou de l'objet a. Le deuxième temps, en particulier, celui de la réceptivité passive-active à l'impact de la libido de l'autre – le féminin élémentaire – n'a pu s'accomplir. Dès lors, il y a **non figurabilité du corps et de la parole, même s'ils peuvent fonctionner, avec en corollaire, (...) une importante perturbation du sentiment-sensation d'exister en son corps (...).**¹⁴⁰

¹³⁷ DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Le Seuil, p.21.

¹³⁸ ALLOUCH, E. (2008). *Op.cit.*, p.35.

¹³⁹ ALLOUCH, E. (2008). *Ibid.*, c'est nous qui soulignons.

¹⁴⁰ ALLOUCH, E. (2008). *Ibid.*, p. 40.

L'addiction vient concerner en premier lieu les zones de « défaut fondamental »¹⁴¹, pour reprendre l'expression de Michael Balint, que nous assimilons à celle de l'inscription du féminin élémentaire :

Le féminin élémentaire apparaît ainsi comme produit de « la séduction généralisée » telle que l'a théorisée Jean Laplanche (1987). Il correspond aussi au deuxième temps (sur les trois théorisés par Freud) du bouclage de la pulsion (Freud, 1915, p. 174) concernant la constitution normale de l'auto-érotisme ou de l'objet a selon Lacan. **C'est aussi le lieu de création du lien entre le somatique et le psychique, celui de l'« incarnation » ou comment l'esprit vient au corps !** »¹⁴²

C'est dans la dialectique d'activité-passivité propre au féminin élémentaire, que s'inaugure dans cette perspective ce temps premier d'« incarnation ». Celle-ci est le fruit d'une première psychisation des excitations conditionnant l'avènement de l'image inconsciente du corps, fondamentalement relationnelle et par là désirante : « [L'image inconsciente du corps] est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : (...). »¹⁴³

Suite à un trouble dans « l'opération du féminin élémentaire », se forme l'image d'un corps inanimé, carapace interne contre l'altérité, dans un corps réduit à « être auto sans Eros. »

Cette première esquisse du moi s'institue dans l'érogénéisation à l'œuvre dans « l'opération du féminin élémentaire » et permet d'offrir au sujet la possibilité de se sentir exister dans un corps vivant, c'est-à-dire apte à procurer des sensations.

Comme nous espérons l'avoir montré, c'est ce registre qui se trouve particulièrement malmené dans la problématique addictive. Ainsi, les sensations chimiquement induites tentent de créer l'érogénéisation non advenue dans le temps primitif d'édification des fondements narcissiques du sujet. Dans ce contexte, le recours à l'exacerbation des sens tente de procurer au sujet la sensation d'habiter un corps vivant.

Ainsi, nous voyons comment la pulsion doit être pensée comme fruit d'une première psychisation des excitations internes. Le trouble dans « l'opération du féminin élémentaire », à l'œuvre dans l'addiction, témoigne d'une tentative de production de l'érogénéisation primitive via le recours à un objet externe, producteur de sensations pour le sujet. Néanmoins, il met en évidence la faillite du processus d'introjection, au profit du mécanisme de l'incorporation.

¹⁴¹ BALINT, M. (1968). *Le défaut fondamental*. Paris, Payot & Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2003.

¹⁴² ALLOUCH, E. (2008). *Op.cit.*, p.43, c'est nous qui soulignons.

¹⁴³ DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Le Seuil, p. 23.

C'est dans cette perspective que nous pouvons voir comment, dans l'addiction, à la différence de l'autisme, le trajet pulsionnel tente d'être préservé, via la satisfaction procurée par la prise de produit. En effet, le mécanisme d'incorporation du produit permet au sujet de ressentir, provisoirement, le plaisir lié au soulagement de la tension liée à l'excitation interne.

Ainsi, nous faisons l'hypothèse qu'au contraire du sujet autiste, le sujet addicté tente de se figurer l'image d'un corps vivant. Nous comprenons ainsi que l'*infans* s'est bien situé dans cette activité-passivité apte à recevoir la libido de l'autre mais cet état d'activité-passivité n'a pu être l'objet d'un investissement libinal. L'*infans* s'est bien tourné vers la mère mais celle-ci n'a pas répondu. La psychè de l'*infans* n'a pu que surinvestir les traces de sa présence, à travers les sensations corporelles.

Les sujets addictés peinent à parler de la relation qu'ils entretiennent avec le produit mais sont, la plupart du temps, plutôt aptes à décrire les effets que celui-ci leur procure. Les sujets alcooliques et les sujets consommateurs d'opiacés ont par exemple en commun de retrouver dans les prises de produit une sensation de « *chaleur* », une impression d'être « *dans un cocon* » venant accompagner la sensation d'ivresse. C'est dans cette perspective que nous avons souhaité mettre en avant les mécanismes communs à l'œuvre chez les sujets addictés, quel que soit le produit consommé.

Le patient alcoolique provoque une réaction inverse de celle qu'engendre la figure du toxicomane : à la fascination exercée par ce dernier, qui lui vaut bien souvent d'être décrit comme pervers ou manipulateur, répond bien souvent le dégoût suscité par le premier. Si le toxicomane est bien souvent décrit comme « insaisissable et violent », l'alcoolique serait, lui, « collant ».

Sous l'appellation de « l'Alcoolique », il est fait référence à un homme alcoolotabagique d'une soixantaine d'années ayant commencé à boire, la plupart du temps, lors de son service militaire, jusqu'à s'alcooliser en permanence au moment où il vient consulter, poussé par son entourage familial, son employeur, son médecin, ou par la Justice.

Nous avons parfois rencontré cet « Alcoolique » mais il n'est qu'une figure parmi tant d'autres : tous les sujets alcooliques ne se servent pas de l'alcool de la même façon.

Certains vont utiliser le produit dans le cadre d'alcoolisations ponctuelles et massives, d'autres vont en faire un usage quotidien sans jamais augmenter les doses, d'autres vont l'associer à des stupéfiants, d'autres n'y auront recours que dans le cadre de conduites ordaliques, d'autres encore n'ayant jamais bu une goutte d'alcool sombreront au moment du passage à la retraite.

Autant le sujet toxicomane est bien souvent dans l'évitement de la rencontre, autant le sujet alcoolique se montre présent dans l'absence à lui-même comme en témoigne le déni tenace dont il fait preuve. Comment comprendre ce patient venant alcoolisé, dans un Centre de Soins en addictologie affirmant : « *je n'ai pas bu, d'ailleurs, je ne bois pas !* » ?

Dans cette perspective, à l'attaque du penser chez le clinicien via le déni de réalité interne présent chez le sujet, correspondrait l'appel d'une psyché *hilflos* débordée par ses propres contenus. Que s'agit-il de protéger par ce déni et plus globalement par le recours à « l'Alchimiste de l'éthanol »¹⁴⁴ pour le sujet ? Peut-être est-il temps de nous rappeler de la formule de F. Perrier : « L'alcoolisme est une question peau de chagrin, un **chagrin inconsolable et toujours ravalé**, en air liquide, **comme on ravale un sanglot étouffant.** »¹⁴⁵

Nous pouvons remarquer que le sujet toxicomane entretient un rapport particulier à l'agir. En effet, la prise de produit vient calmer son agitation intérieure, là où les prises d'alcool viennent souvent provoquer des agirs de la part des sujets alcooliques. L'alcool entraîne une levée des inhibitions permettant au sujet de se livrer à un certain nombre d'agirs souvent violents, là où le toxique vient souvent apaiser l'agitation intérieure.

F. Geberovich souligne la façon dont les sujets toxicomanes peinent à supporter le contact à l'autre :

Les toxicomanes rendent particulièrement sensible la dimension de contact dans la cure. Ils m'apprennent chaque jour que le travail engagé peut passer du tout ou rien en un instant ; comme lorsqu'on a affaire à ces installations électriques précaires où tout peut sauter chaque fois qu'on appuie sur l'interrupteur.(...) Chez ces êtres dépourvus de « peau », le plus profond est toujours à nu, exposé, sans défenses autres que le recours au produit.¹⁴⁶

Dans ce contexte, là où le toxicomane serait un écorché vif, l'alcoolique se serait forgé, à l'inverse, une peau armure. Evidemment, face à ce constat, nos recherches nous ont dirigée

¹⁴⁴ PERRIER, F. (1975). Thanatol. In *La Chaussée d'Antin*, Paris, Albin Michel, 1994, 537-567, p.544.

¹⁴⁵ PERRIER, F. (1975). *Ibid.*, p.565, c'est nous qui soulignons.

¹⁴⁶ GEBEROVICH, G. (2003) *op.cit.*, p.166.

vers la question du Moi-peau développée par D. Anzieu afin d'essayer de mieux cerner ce mécanisme d'inversion à l'œuvre dans le fonctionnement de ces sujets.

2.3.3 Le Moi-peau

D. Anzieu le définit de la façon suivante :

Le Moi-peau (...) désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. (...). Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau.¹⁴⁷

D. Anzieu met au jour trois fonctions principales de la peau. La première est une fonction de contenance qui consiste à former un sac retenant à l'intérieur les bonnes expériences et le plaisir issus des soins maternels. La deuxième est une fonction d'interface entre dedans et dehors. Son rôle principal est de tenir à l'extérieur les agressions. Elle agit alors comme une barrière de protection. La troisième fonction est celle d'un lieu de communication avec autrui.

D'après D. Anzieu, le moi de l'enfant va peu à peu s'édifier et se délimiter à partir des expériences vécues par l'enfant dans le contact corporel avec le corps de la mère et donc principalement par le biais de la peau : « De cette origine épidermique et proprioceptive, le Moi hérite la double possibilité d'établir des barrières (qui deviennent les mécanismes de défenses psychiques) et de filtrer les échanges (avec le ça, le Surmoi et le monde extérieur). »¹⁴⁸

Nous voyons combien l'espace de la limite s'avère finalement être un espace profondément paradoxal : il est à la fois un espace de séparation (« barrières ») mais également un espace de métabolisation et d'échange (« filtres »).

Il convient sans doute d'opposer ici l'espace tracé par la limite de celui tracé par le clivage qui maintient deux ordres absolument séparés sans communication ou échanges possibles. Nous remarquons également qu'il s'agit certes d'une délimitation dedans/dehors, moi/monde extérieur mais également d'une délimitation intrapsychique, entre instances. La notion de filtre peut également sous-entendre la fonction de pare-excitation.

Dans cette lignée, D. Anzieu assigne neuf fonctions au Moi-peau, dégagées par analogie avec les fonctions exercées par la peau. Il s'agit des fonctions de « maintenance du psychisme »

¹⁴⁷ ANZIEU, D. (1985a). *Le Moi-peau*. Paris, Dunod, 1986, p.39.

¹⁴⁸ ANZIEU, D. (1985a). *Ibid.*

de « contenance », de « pare-excitation », « d'individuation », « d'intersensorialité », « de soutien de l'excitation sexuelle », « de recharge libidinale », « d'inscription des traces sensorielles » et « d'autodestruction ».

La fonction de « maintenance du psychisme » est issue principalement du *holding* qui permet à l'enfant de « maintenir (...) [son corps] dans un état d'unité et de solidité. »¹⁴⁹ L'accès à la verticalité est corrélatif de l'introjection de cette fonction.

La fonction de « contenance » dérive des expériences de *handling*, que nous avons précédemment évoquée. Faute d'un plaisir partagé entre mère et *infans*, ce dernier ne peut bénéficier de l'enveloppe de « bien-être » évoquée par Anzieu :

Le paradoxe des contacts signifiants tient en ce que la mère attentive aux besoins non seulement corporels, mais aussi psychiques du bébé, ne fait pas que satisfaire ces besoins, elle montre, par les échos sensoriels qu'elle renvoie autant que par les actions concrètes qu'elle accomplit, qu'elle a correctement interprété ces besoins. Le bébé est satisfait dans ses besoins, et il est surtout rassuré quant à son besoin qu'on comprenne ses besoins. D'où **la construction d'une enveloppe de bien-être, narcissiquement investie, support de l'illusion, nécessaire à fonder le Moi-peau, qu'un être accolé de l'autre côté de cette enveloppe, réagit immédiatement en symétrie complémentaire à ses signaux : illusion sécurisante d'un double narcissique omniscient à sa disposition permanente.**¹⁵⁰

Nous retrouvons une autre formulation de la nécessité de l'illusion narcissique infantile que nous évoquions précédemment. Dès lors, en l'absence de la compréhension de la mère, c'est une enveloppe psychique poreuse qui se manifeste chez le sujet, révélant les failles précoces dans la construction du Moi-peau.

L'agression du corps propre à l'œuvre dans les pratiques addictives, vise, à nouveau dans un mécanisme paradoxal, à restaurer les limites psychiques d'un Moi-peau devenu poreux. Dans ce contexte, la poussée pulsionnelle ne peut venir s'inscrire dans le psychisme, faute de lieu d'ancrage suffisamment stable et solide. Pour reprendre les termes de D. Anzieu, elle ne peut « prendre corps »¹⁵¹ :

Pour pouvoir être reconnue, c'est-à-dire représentée, la pulsion doit être contenue dans un espace psychique, être localisée en certains points de la surface du corps, et émerger comme figure sur cette toile de fond que constitue le Moi-peau. C'est parce que la pulsion est délimitée et circonscrite que sa poussée prend sa pleine force, une force susceptible d'être orientée vers un objet et un but et d'aboutir à une satisfaction plus ou moins partielle et provisoire.¹⁵²

¹⁴⁹ ANZIEU, D. (1985a). *Ibid.*

¹⁵⁰ ANZIEU, D. (1985a). *Ibid.*, p.43, c'est nous qui soulignons.

¹⁵¹ ANZIEU, D. (1985b). Le corps de la pulsion. In *Psychanalyse des limites*, Paris, Dunod, 2007, 183-197, p. 194.

¹⁵² ANZIEU, D. (1985b). *Ibid.*

Nous retrouvons ici, sous la figuration du Moi-peau, un des fondements du narcissisme en ce qu'il témoigne de la pulsion comme étant le fruit d'une première psychisation. Cette psychisation première s'origine, dans la conception de D. Anzieu dans l'investissement des limites corporelles. Nous comprenons mieux comment la pulsion est le fruit d'une première psychisation de l'excitation. Nous faisons l'hypothèse que chez les sujets addicts, la psychè ne peut venir se figurer comme un Moi-peau apte à tenir le moi, à en retenir les contenus.

Nous pouvons également voir comment l'agitation motrice, à l'œuvre chez le sujet toxicomane témoignerait d'un surinvestissement de la décharge musculaire qui viendrait tenter de pallier les défaillances de l'ordre de la « maintenance » du psychisme. Les toxicomanes sont en proie à l'errance, comme si leurs déambulations tentaient de leur procurer, via la marche, à travers la mise en œuvre de l'activité musculaire, une sensation de « maintenance » à la recherche d'un centre de gravité.

2.4 Emprise et économie addictive

2.4.1 Le cas de Lélia.

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Lélia est une jeune femme maigre, « abimée » serais-je tentée de dire. Son visage largement fardée de blanc aux joues maladroitement cerclées de rouge et aux cernes prononcés lui donnent bien plus que son âge réel, trente-cinq ans. Lélia semble s'être composé ce visage étrange et cadavérique comme on porterait un masque. Je remarque également ses multiples boucles d'oreilles. Tandis que je lui tends la main, je constate que ses mains sont rouges, comme ensanglantées et marquées par de multiples griffures assez profondes. Elle m'explique avoir pour habitude de « ramasser » les « chats sauvages » errant aux alentours de son habitation. Ses blessures lui ont été infligées par un animal particulièrement récalcitrant qu'elle a, ajoute-t-elle avec un mélange de fierté et de tendresse, « fini par avoir quand même ».

Cette image fera régulièrement retour dans mon esprit tout au long de nos rencontres jusqu'à devenir pour moi un condensé parlant de toute sa problématique : Lélia se vit elle-même comme un animal sauvage, et même comme un « *monstre* » me dira-t-elle par la suite, attendant d'être apprivoisé malgré ses tentatives de mise à distance de l'autre. Celles-ci sont d'ailleurs à entendre comme un appel ambivalent, bien souvent destiné à répéter le rejet qu'elle dit avoir connu enfant de la part de sa mère. Lélia ne l'a pas vue depuis plusieurs années, la rupture s'est

produite au moment de la naissance de sa fille. Depuis, leurs rares échanges se sont limités à quelques coups de téléphone.

L'un d'eux a particulièrement marqué Lélia : « *Un soir, j'étais sous l'emprise de l'alcool. J'ai appelé ma mère. Je lui ai dit que je buvais, que j'étais mal dans ma peau, que j'étais une alcoolique... Elle m'a répondu d'aller cuver, alors je lui ai dit que c'était de sa faute si je buvais et j'ai raccroché* ». Avant de partir en cure, Lélia a tenté de reprendre contact avec sa mère en lui faisant part de sa démarche de soins : « *Elle ne m'a jamais rappelée, elle n'a jamais demandé de mes nouvelles... De toute façon, je peux crever, elle s'en fout !* » Elle ajoute : « *Je suis un accident et mon frère c'est un rattrapage... Ma mère m'a balancé ça à la face le jour de mes vingt ans.* ».

Lélia n'a pas les moyens de demander quoi que ce soit, elle ne peut qu'agir sa souffrance et interpelle parfois très violemment l'autre en le provoquant et en se mettant elle-même en danger : « *Je ne finis jamais les soirées... je m'embrouille vite avec tout le monde. Une fois je suis allée me taper la tête contre le mur. Je pousse les autres à bout !* ».

Lorsque je l'interroge sur sa relation à l'alcool, elle me dit trouver tout à la fois « *du piment, un refuge, quelque chose pour oublier le quotidien* », ajoutant : « *J'ai horreur de la routine, ça me terrifie.* » Lélia est une écorchée vive, rouvrant sans cesse ses plaies. Elle dit passer sa vie à « *se faire avoir* » par autrui : « *on ne me prend pas au sérieux, on me prend pour une conne ! Moi si quelqu'un en a besoin, je donne ma chemise... je suis trop bonne, trop conne !* » Elle est elle-même criblée de dettes dont elle refuse d'être partie prenante : « *Les dettes, ce n'est pas moi qui les a faites, c'est mon mari !* », tente-t-elle de nous convaincre. La vie est pour elle un « *combat* » constant : « *il faut toujours se battre !* » et se reforger sans cesse « *une carapace* » jamais suffisamment solide.

Cette dimension projective s'avère tenace dans ses relations aux autres : l'autre semble né pour la détruire. Il en va ainsi de sa belle-famille, des services sociaux qu'elle refusera de rencontrer malgré sa situation financière catastrophique (« *les assistantes sociales je les connais, elles vont vouloir m'enlever mes enfants !* »), des services de l'Etat en général (« *On est déjà dans la merde et eux au lieu de nous aider, ils nous enfoncent !* »), de son mari ou de ses amies qui ne savent pas lui rendre ses attentions et lui offrir la reconnaissance qu'elle recherche. Sa sensibilité est patente et les angoisses d'intrusion occupent bien souvent le devant de la scène.

A côté de ce monde dangereux féroce ment ligué contre elle, Lélia s'est construit un monde idéal de conte de fées. Décrivant son intérieur, elle évoque avec éblouissement une

bonbonnière où un lit à baldaquin côtoie des meubles en fer forgé, une véritable animalerie et une armoire remplie de robes de princesse qu'elle collectionne sans jamais les porter : « *je ne me sens pas à l'aise en robe, je suis vulnérable* ». L'accès à la féminité n'est pas sans lui faire vivre un réel sentiment de malaise : elle ne supporte pas d'avoir ses règles ou de rencontrer le regard désirant d'un homme : « *on me prend pour une pute !* ».

Si les aspects hystériques ne sont pas sans importance chez Lélia, ils ne viennent pas structurer ses symptômes autour d'un compromis entre désir et défense. Ses angoisses, principalement lors de la tombée de la nuit, sont massives et correspondent à une sensation d'anéantissement, de mort psychique : « *Quand la nuit tombe, c'est comme si on refermait mon cercueil... j'en ai des sueurs froides, je voudrais que cela s'arrête à tout prix. A ce moment je vais me coucher, il ne faut pas me déranger. Les enfants ont bien compris. Faut pas me parler, surtout pas. Je suis complètement paniquée, pétrifiée. Rien que d'en parler, j'angoisse ! C'est comme si je me transformais en pierre, en rocher. Tout devient dur en moi et, en même temps, j'ai l'impression que je vais me casser en dedans, comme les tours qui ont fini par tomber le jour du 11 septembre. Mais moi, c'est pas un avion, c'est la nuit qui me fracasse ! J'ai mal à la tête mais c'est pas physique, c'est la tension. C'est une douleur qui parcourt tout mon corps, je n'arrive plus à respirer, j'étouffe, je voudrais mourir pour que cela s'arrête !* »

Tout se passe comme si à l'hémorragie psychique ressentie, il fallait apporter une réponse liquide dans une sorte de transfusion. L'alcoolisation vient opérer un « *bandage psychique* »¹⁵³ toujours provisoire. La période de transition jour/nuit s'avère insupportable pour Lélia car inappréhensible psychiquement. Son fonctionnement sur le mode du clivage ne lui permet pas de penser ce temps d'entre-deux : c'est la psyché elle-même qui vient se disloquer.

L'approche de la nuit, temps de séparation et de repli sur soi, réactive chez elle les angoisses disséquant primitives à l'œuvre dans la crainte de l'effondrement.

Nous voyons également comment la prise d'alcool permet à Lélia de projeter sur sa mère l'image du « *monstre* » dont elle se sent prisonnière, et, en quelque sorte, de rendre à César ce qui lui appartient. A l'inverse, Lélia est prête à sacrifier sa peau pour sauver un chat ou ses amis, mais ces dons d'elle-même ne semblent guère lui donner satisfaction. Ils semblent plutôt la vider, n'y trouvant pas en retour la sensation de remplissage dont elle aurait besoin.

¹⁵³ FERENCZI, S. (1932). *Journal clinique*. Paris, Payot, 2004, p.120.

Autant Alice peinait à venir me rencontrer, autant Lélia voudrait venir me voir tous les jours. Elle me dit que nos entretiens lui font beaucoup de bien, ce qui me surprend car j'éprouve souvent une sensation d'ennui à son écoute :

Et la psyché de s'efforcer, encore, de disjoindre le bon et le mauvais dans cette mise en contraste (...). Elle tente de se reconstituer en réutilisant l'identification projective, qui sous-tend cette réaction circulaire en « vases communicants » qu'évoquent les cliniciens. Elle idéalise l'objet et tient à distance ce qu'elle a projeté en lui, s'y appauvrissant d'autant.¹⁵⁴

Lélia m'investit sur le mode du double et ne comprend pas que je ne sois pas prête à « *tout donner* » pour la tirer d'affaire. Elle s'investit dans un mouvement néphaliste dans lequel elle me dira « *faire la psychologue* » avec les autres et, contrairement à moi, « *se donner à fond* » en étant « *toujours disponible* » pour les autres. J'ai le sentiment que Lélia cherche un contact adhésif, dévorant, sans limites avec moi, qui seul lui donnerait la sensation d'arrêter la vidange psychique à laquelle elle semble en proie. Elle voudrait ainsi pouvoir faire « peau commune » avec moi, pour se déprendre d'un fantasme archaïque d'écorchage :

L'écorchage de la peau humaine est la pire et la plus totale des castrations. Elle ne se localise pas aux organes et aux fonctions génitales. C'est la castration de tout ce qui donne une apparence et une sensibilité humaines ; c'est une attaque contre la forme humaine en tant que contenant et un vidage du contenu, le sang, plus vital que le lait ou le sperme. Ce qui doit correspondre à un fantasme des plus archaïques, comportant un volet de destruction de l'autre pour en capturer la substance vitale et un second volet d'attaque contre les limites, en ce qu'elles font obstacle au désir d'être illimité¹⁵⁵.

Nous retrouvons ici, à travers l'existence d'un fantasme archaïque d'écorchage, l'idée de pouvoir, dans un mouvement d'attaque, se nourrir de la substance vitale de l'autre. Dans cette perspective, il s'agit de trouver la vie dans la dissolution de l'autre, le moi et l'autre fonctionnant en vases communicants.

Nous établissons une proximité dans le processus ici à l'œuvre avec celui du fantasme archaïque vampirique identifiée par P. Wilgowicz. Dans les deux cas, il s'agit ici de se déprendre de l'approche de la mort en absorbant la substance vitale de l'autre, le sang. Dans les deux cas, il s'agit de prendre en soi la substance vitale de l'autre pour pouvoir se maintenir non-mort, c'est-à-dire en vie. Face à l'éprouvé de mort psychique dont témoigne la crainte de l'effondrement à l'œuvre chez Lélia, le fantasme archaïque d'écorchage se réactive, en ce qu'il

¹⁵⁴ BRELET-FOULARD, F. (2001). *Op.cit.* p. 79.

¹⁵⁵ ANZIEU, D. (1984). La peau de l'autre, marque du destin. In *Psychanalyse des limites*, Paris, Dunod, 2007, 151-164, p. 160.

vient figurer un possible maintien de la vie, au prix de la mort de l'autre, également présent dans le fantasme vampirique.

Ces deux fantasmes révèlent la non-inscription chez le sujet addicté de deux interdits fondamentaux : l'interdit du toucher et l'interdit du cannibalisme. Néanmoins, s'ils témoignent d'un déni de la mort, ils mettent également en scène une tentative de se figurer comme séparé et inscrit dans une filiation.

Dans cette perspective, nous voyons comment ces fantasmes mettant en scène un meurtre cruel viennent figurer une tentative de liaison de la pulsion de mort à l'œuvre chez le sujet.

C'est ce que nous a amenée à poser l'hypothèse que ces deux fantasmes viennent témoigner de l'échec de la liaison de la pulsion de mort dans la pulsion d'emprise.

Il nous faut d'abord, afin de clarifier notre propos, distinguer pulsion d'emprise et relation d'emprise, puis voir en quoi la pulsion d'emprise témoigne d'une liaison première de la pulsion de mort.

2.4.2 Relation d'emprise et pulsion d'emprise

R. Dorey définit la relation d'emprise de la façon suivante :

(...) dans la relation d'emprise il s'agit toujours et très électivement d'une atteinte portée à l'autre en tant que sujet désirant, qui, comme tel est caractérisé par sa singularité, par sa spécificité propre. Ainsi, ce qui est visé, c'est toujours le désir de l'autre, dans la mesure même où il est foncièrement étranger, échappant, de par sa nature, à toute saisie possible. L'emprise traduit donc une tendance très fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, c'est-à-dire à la réduction de toute altérité, de toute différence, à l'abolition de toute spécificité, la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable.¹⁵⁶

Nous pouvons voir, comment, dans la relation d'emprise, ce n'est pas la vie dans l'autre, qui se voit attaquée, mais bien son « être désirant »¹⁵⁷. Or, comme nous venons de le montrer, nous ne sommes pas ici dans une économie du désir/plaisir mais bien dans le registre du besoin, corollaire de la question de l'être, du sentiment continu d'exister.

¹⁵⁶DOREY, R. (1981). La relation d'emprise. In *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 24, 119-139, p.118.

¹⁵⁷DOREY, R. (1981). *Ibid.*, p.119.

En effet, chez le sujet addicté, la mise en opposition des couples pulsionnels n'est pas pertinente. Il nous faut sans cesse penser, au contraire, des processus de désintrication/réintrication pulsionnel permettant au sujet de survivre à l'éprouvé de mort psychique antérieurement vécu dans la relation mère-*infans*. Nous voyons également comment, pour faire face à l'éprouvé de mort psychique, le sujet se trouve prêt à sacrifier sa vie physique. L'attaque du corps à l'œuvre dans l'addiction peut mener le sujet à la mort physique et, néanmoins, c'est, via cette attaque, que le sujet peut s'éprouver comme vivant.

L'opération du « féminin élémentaire » et le concept de « Moi-peau » nous amène à penser un stade embryonnaire du narcissisme, témoignant d'une psychisation première des excitations sous le primat du pulsionnel. Nous avons retrouvé de façon sous-jacente cette même notion d'une liaison entre activité et passivité. Ainsi, l'espace de la limite en tant qu'elle est à la fois barrière et point de contact s'origine dans la passivité/activité de l'*infans* accueillant les soins maternels. Winnicott souligne combien l'adaptation maternelle permet à l'*infans* de transformer cette passivité en activité dans le processus du trouver-crée. Comment mieux comprendre ce processus ?

P. Denis souligne combien la relation *infans*-psyché maternelle, telle qu'elle est conceptualisée par D. Winnicott est une relation d'« emprise croisée » :

Il nous apparaît que l'exercice constructeur de l'oralité suppose une emprise croisée, réciproque, et organisatrice de plaisir pour les deux partenaires de la situation d'allaitement. C'est que Winnicott a exprimé ainsi : si le nourrisson désire « dévorer le sein », de son côté la mère a le désir d'être attaquée par un nourrisson affamé ¹⁵⁸.

Cet investissement du bébé par la psyché maternelle en emprise, nous amène à identifier ce désir d'être dévorée à l'origine de la séduction exercée par la mère. Cette séduction conçue originairement par Freud comme celle exercée par la tendresse maternelle est bien évidemment nécessaire et témoigne de l'investissement de l'*infans* par la psyché maternelle à la fois comme objet d'emprise et de satisfaction. C'est cet investissement qui a fait défaut dans la relation *infans*-psyché maternelle chez le sujet addicté, comme nous l'avons précédemment montré. Quelles en sont les conséquences sur la construction psychique ?

P. Denis insiste sur l'idée que la pulsion est le fruit d'une première psychisation des excitations :

¹⁵⁸ DENIS, P. (1997). *Emprise et satisfaction*. Paris, Puf, 2014, p. 64-65.

Nous considérons que la pulsion n'est pas une donnée immédiate mais qu'elle est un premier résultat dans la construction du psychisme, et nous proposerons d'envisager qu'elle est formée de deux composantes libidinales, liées entre elles, que la pulsion est une résultante que l'on peut décomposer, à l'instar d'une force, en deux vecteurs distincts : l'investissement en emprise et l'investissement en satisfaction. Nous désignerons ces deux courants d'investissement de la libido comme les deux « formants » de la pulsion. Le corollaire de cette proposition est que l'objet sera à la fois objet d'emprise *et* objet de satisfaction ¹⁵⁹

Dans cette perspective, il nous faut envisager que l'addiction viendrait témoigner d'un défaut fondamental dans la constitution de l'auto-érotisme primaire, en tant qu'il permet d'investir l'objet comme objet d'emprise et objet de satisfaction. Cette perspective nous permet alors de mieux comprendre le défaut d'introjection à l'œuvre dans la psyché du sujet addicté et sa difficulté à maintenir ses représentations :

Dans la conception que nous envisageons il faut considérer deux catégories de « sources » de la pulsion : d'une part, pour l'investissement en satisfaction, ce qui correspond aux zones érogènes avec leur potentiel d'intensité, d'acmé d'excitation et de résolution de cette excitation et de résolution de cette excitation dans le plaisir de la détente ; d'autre part, ce qui correspond aux éléments de « l'appareil d'emprise », dont la stimulation ne peut pas conduire isolément à une acmé, pour l'investissement *en* emprise. *L'emprise ne se décharge pas.* ¹⁶⁰

La psyché du sujet addicté souffrirait d'un défaut fondamental, celui de n'avoir pu constituer cet investissement de l'objet en emprise et en satisfaction. Ceci nous a amenée, dans un premier temps, à considérer que la faillite dans la constitution de l'auto-érotisme primaire, avait pu avoir pour conséquence, chez le sujet addicté, une sorte de fonctionnement à vide de l'investissement en emprise.

En effet, nous faisons l'hypothèse que faute d'un soulagement des excitations par la psyché maternelle à travers les soins suffisamment bons, le sujet addicté n'avait pas pu connaître l'expérience de la satisfaction. Toutefois, cette hypothèse nous amène à considérer que le formant-emprise de la pulsion n'avait pu, au contraire, venir se constituer, n'ayant justement pas suffisamment vécu l'expérience de satisfaction dans la relation mère-*infans*.

P. Denis montre également que l'investissement en emprise relève d'une :

(...) double polarité, vers les éléments du monde extérieur, naturellement, mais aussi en direction du corps propre, du fait, à la fois de l'« emprise réceptive », qui a la capacité de s'orienter vers les sensations provenant du monde endosomatique, et des activités d'auto-emprise, qui apparaissent dans toutes les actions exercées par le sujet sur son propre corps. La dualité de polarisations de l'appareil d'emprise vers les espaces endocorporels et vers le monde extérieur est ce qui lui permet, d'une part de se lier aux zones érogènes, constituant les pulsions partielles, et, d'autre part, de constituer les moyens de liaison de ces pulsions avec les objets du monde extérieur. ¹⁶¹

¹⁵⁹ DENIS, P. (1997). *Ibid.*, p. 50.

¹⁶⁰ DENIS, P. (1997). *Ibid.*, p. 53.

¹⁶¹ DENIS, P. (1997). *Ibid.*, p. 107.

Nous voyons que le « formant d'emprise » de la pulsion témoigne d'une première liaison de de la pulsion de mort. Ainsi, c'est dans la relation d'emprise croisée à l'œuvre dans la psychè maternelle que peut s'élaborer pour l'*infans*, une première psychisation-liaison de sa pulsion de mort, en constituant une première interface entre le moi et le monde extérieur. Cette théorisation nous a semblé particulièrement intéressante, dans la mesure où elle nous permet de mieux comprendre le double mouvement à l'œuvre dans la psychè infantile .

Ce cadre conceptuel nous permet d'envisager que, faute d'avoir connu une relation « d'emprise croisée », le sujet ne peut en quelque sorte diriger la poussée pulsionnelle vers le monde extérieur mais se voit contraint à recourir à une « hallucination d'emprise » :

L'hallucination d'emprise apparaît lorsque (...) se sont épuisées les ressources de l'hallucination de la satisfaction. (...) si aucun objet n'est disponible ou investissable, c'est sur les marques, les traces sensorielles, « l'image » de l'objet antécédent que refluera entièrement l'investissement, coupé du registre de la satisfaction, ce surinvestissement leur donnera leur qualité hallucinatoire.¹⁶²

N'ayant pas suffisamment connu l'expérience de satisfaction dans la relation d'emprise croisée à la psychè-maternelle, la psychè de l'*infans* ne peut que surinvestir les sensations à l'œuvre dans la satisfaction des besoins vitaux, afin de pouvoir recréer le formant satisfaction du pôle pulsionnel et, partant, de donner un support d'accroche au formant d'emprise.

Les prises de produits permettent au sujet de créer cette « hallucination d'emprise » en réactivant les traces de l'activité sensorielle. Ainsi, c'est faute d'avoir pu transfigurer la pulsion de mort sous le formant emprise que le sujet sera contraint d'avoir recours aux mécanismes hallucinatoires chimiquement induits.

¹⁶² DENIS, P. (1997). *Ibid.*, p.101.

Ce développement nous permet de spécifier plus avant le fonctionnement psychique à l'œuvre chez le sujet addicté.

Si les états-limites relèvent de la catégorie du « paradoxe »¹⁶³, l'addiction nous amène à voguer sur les rives d'une clinique de « l'informe ». S. Le Poulichet la conceptualise de la façon suivante :

Le propre de la clinique de l'informe est de mettre en œuvre simultanément une chose et son contraire, car il existe une sorte de réversibilité et non une frontière étanche entre les deux : par exemple (...) il n'y a pas de limites claires entre l'autodestruction et l'autoconservation, entre la sensation d'anéantissement et la subite impression d'exister, entre l'affirmation d'un désir propre et l'aspiration à la disparition, ou encore entre l'angoisse liée aux déformations engendrées par une vitesse démesurée et l'étrange réinvention d'une continuité temporelle par le défilé des images déformées entrelacées.¹⁶⁴

Faute d'avoir vécu l'illusion d'omnipotence primaire, le sujet ne peut se figurer comme séparé et délimité. Il ne peut penser l'absence et avoir accès au processus d'introjection. Dès lors, ce sont les processus d'incorporation métonymique, les processus autistiques, qui dominent l'appareil psychique.

Tout le fonctionnement psychique s'organise autour de l'éprouvé primitif de mort interne et vise à s'en déprendre. La fusion mortifère est toujours à l'horizon et c'est dans l'absorption de la substance vitale de l'autre que le sujet peut venir se figurer comme vivant et séparé.

Nous évoquions, dans notre première partie, la haine à l'œuvre dans la dépendance vitale mère-*infans*. Chez le sujet addicté cette haine, non liée, non transfigurée dans la pulsion d'emprise revêt un caractère dévastateur. Dans ce contexte, le recours au produit en tant qu'il est producteur de sensations, s'entend comme une tentative de liaison de cette haine dévastatrice.

Ainsi, pour poursuivre notre travail de recherche, nous allons étudier les conséquences des défaillances primordiales dans la constitution de l'auto-érotisme que nous venons de décrire sur l'appareil psychique. Nous espérons pouvoir répondre à la question qui a animé l'ensemble de notre travail de recherche : comment est-il possible de rencontrer le sujet addicté ?

¹⁶³ ROUSSILLON, R. (2013). *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*. Paris, Puf.

¹⁶⁴ LE POULICHET, S. (2005). L'informe temporel : s'anéantir pour exister. In *Recherches en psychanalyse*, 3, pp. 21-29, p.22.

3. DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE PARADOXAL AU TRANSFERT FONDAMENTAL

Comme nous l'évoquions à plusieurs reprises, le sujet addicté peine à mettre des mots sur ses états d'âme, à tel point qu'il semble vouloir nous faire croire qu'il a été amputé de toute vie intérieure. Le clivage de l'objet à l'œuvre dans la problématique addictive, en tant qu'il témoigne du surinvestissement des limites psychiques pour faire face à l'angoisse d'anéantissement, laisse peu de place à l'expression des multiples nuances venant colorer le champ relationnel.

L'intensité de ce clivage pourrait nous laisser penser que la pulsion de vie se trouve écrasée par la pulsion de mort, qui dominerait la scène psychique. Néanmoins, nous avons montré que l'addiction met en scène une intrication singulière de la pulsion de vie et de la pulsion de mort, dans les mécanismes créés afin d'assurer la survie psychique du sujet.

Contrairement au sujet autiste, le sujet addicté n'opère pas un repli en lui-même, mais cherche, dans le recours à la réalité externe, à créer un semblant d'intériorité. Ce qui nous amène à nous poser la question suivante : comment le sujet addicté trouve-t-il quelque chose de l'ordre de la subjectivation, dans l'attaque de sa propre subjectivité ?

3.1 Comment créer une âme à partir de son corps ?

3.1.1 La sensorialité supposée pensante

Pour penser ce paradoxe, nous pouvons nous appuyer sur la notion de « sensorialité pensée »¹⁶⁵ ou de « sensorialité supposée pensante »¹⁶⁶ développée par P. Aulagnier dans son analyse des relations passionnelles. Le recours à la « sensorialité supposée pensante » relève d'un « mécanisme inverse de cette érotisation « en soi » de l'activité de pensée souvent présente dans la névrose obsessionnelle (...) »¹⁶⁷. Ainsi :

(...) dans le plaisir qu'éprouve le toxicomane, dans cette contemplation passive des représentations qui se déroulent dans son espace psychique, joue un rôle déterminant cette

¹⁶⁵ AULAGNIER, P. (1979). *Les destins des plaisirs*. Paris, Puf, p.176.

¹⁶⁶ AULAGNIER, P. (1979). *Ibid.*

¹⁶⁷ AULAGNIER, P. (1979). *Ibid.*

possibilité de déplacer sur l'objet drogue la responsabilité et le choix des représentations qui s'imposent à l'activité de pensée, tant que dure l'effet de la drogue. ¹⁶⁸

Nous voyons comment le sujet délègue au produit et à ses effets sur son corps et sa psyché, sa propre activité de pensée : tout se passe comme si le sujet se trouvait soulagé du poids assigné à sa psyché, celui d'avoir à se penser.

La représentation semble avoir une fonction tout à fait particulière. Il ne s'agit plus de représenter la chose en son absence mais bien plutôt de la faire apparaître. A la représentation vient correspondre une expérience d'un vivre particulier où représentation de mot et de chose viendraient faire apparaître la chose de façon hallucinatoire pour le sujet :

Une réalité pensée et perçue qui serait totalement conforme à sa représentation et plus exactement une manière de penser, de percevoir la réalité qui rend impossible qu'apparaisse fut-ce l'ombre d'un écart entre les représentations de la réalité créées par la pensée et la réalité qu'elles sont supposées représenter. La question du vrai ou du faux n'a plus de place, ne fait plus sens. ¹⁶⁹

C'est donc à un penser tout à fait spécifique que nous sommes ici confrontés, résultant « d'un compromis entre le désir de préserver et le désir de réduire au silence sa propre activité de penser. »¹⁷⁰

Nous voyons comment l'addiction demeure une tentative paradoxale de restauration de l'activité de penser par l'attaque du penser. Encore faut-il, pour que nous puissions mieux saisir toute l'étendue de la conceptualisation développée par P. Aulagnier, que nous puissions comprendre comment l'activité de pensée s'origine dans le temps d'institution des fondements narcissiques.

3.1.2 De l'activité sensorielle à l'activité de représentation

Dans *La violence de l'interprétation*¹⁷¹, P. Aulagnier nous livre son audacieuse conception de l'émergence de l'activité de la représentation chez le sujet en tant qu'établie dans une dimension fondamentalement relationnelle.

¹⁶⁸ AULAGNIER, P. (1979). *Ibid.*, p.177.

¹⁶⁹ AULAGNIER, P. (1979). *Ibid.*, p.176.

¹⁷⁰ AULAGNIER, P. (1979). *Ibid.*

¹⁷¹ AULAGNIER, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris, Puf.

Elle distingue d'abord trois modalités de représentation apparaissant successivement au cours du développement de l'*infans* mais restant reliées les unes aux autres : la perspective est dynamique, il n'est pas question de phases, mais de processus représentatifs. Ces trois espaces de fonctionnement psychiques sont l'originaire, le primaire et le secondaire. Les espaces primaire et secondaire sont dans une interrelation. L'originaire a, lui, un statut particulier vis-à-vis des deux autres : il vient constituer un « flux représentatif »¹⁷², et se situe aux limites de l'inconscient :

L'espace et l'activité de l'originaire sont pour nous différents de l'inconscient et des processus primaires. Cette activité a comme propriété de métaboliser tout éprouvé affectif présent dans la psyché en un pictogramme qui est, indissociablement, représentation de l'affect et affect de la représentation.¹⁷³

Dans ce contexte, l'espace originaire est le creuset de l'inconscient, comme ses limites fondatrices, comme le lieu de jonction, de limite métabolisante primordiale entre somatique et psychique. Dès lors, se dessine la partition suivante entre l'originaire, le primaire et le secondaire :

Le deuxième registre comprend à l'inverse ce qui de l'existant se fraye un accès dans l'espace psychique :

- les phénomènes représentables (les productions de l'originaire) ;
- les phénomènes figurables et pensables (les productions du primaire et du secondaire).

La relation existant entre les deux est différente : en effet, si tout pensable a un représentant dans l'espace du représentable, à l'inverse les représentations originaires restent forcloses de l'espace primaire secondaire.¹⁷⁴

L'originaire, par la production des représentations pictographiques, vient constituer le « fonds représentatif »¹⁷⁵ de l'activité de pensée.

Le mouvement propre à la représentation pictographique est de lier dans le pictogramme, les excitations, sensations, perceptions, issues du somatique avec un affect primitif de plaisir ou de déplaisir. Nous retrouvons l'esquisse d'une première partition dedans/dehors : à cette polarité plaisir/déplaisir correspondent, dans le fonctionnement originaire les mouvements de « prendre en soi » (plaisir) et « de « rejeter hors de soi » (déplaisir).

L'activité de l'originaire est gouvernée par la fusion mère-*infans* dans une dynamique d'auto-engendrement. Cette dynamique d'auto-engendrement correspond au caractère

¹⁷² AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.67.

¹⁷³ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.77.

¹⁷⁴ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.74.

¹⁷⁵ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.65.

fondateur de l'activité de l'originaire quant au narcissisme à venir de l'*infans* à travers la prévalence de la spécularité : l'activité représentative originaire, le pictogramme, est à la fois performative et réflexive:

A partir d'une mise-en-fonction « réelle » des mouvements de la zone orale, et du plaisir qui en résulte, ce que produit la représentation est l'hallucination *de la présence de l'ensemble des attributs*, source d'excitation, dont le sein a été doté. Seront hallucinés la visibilité, l'audibilité, la tactilité de l'objet absent : sont donc hallucinées l'activité de l'ensemble des zones érogènes et la présence de l'ensemble des objets à elles conformes¹⁷⁶.

En effet, le point de contact « zone objet-complémentaire » élaboré dans la représentation pictographique va, dans un mouvement métonymique, permettre une assimilation totalisante entre zone et objet complémentaire, et, partant, du mouvement de représentation première de la psyché elle-même :

Le pictogramme est la représentation que la psyché se donne d'elle-même comme activité représentante, elle se re-présente comme source engendrant le plaisir érogène des parties corporelles, elle contemple sa propre image et son propre pouvoir dans son engendré soit dans ce vu, cet entendu, ce perçu qui se présente comme auto-engendré par son activité.¹⁷⁷

Nous pouvons voir un peu plus clairement comment l'activité de représentation trouve son fondement dans la sensorialité :

Cet investissement de l'activité sensorielle est la condition même de l'investissement de l'activité de représentation. En effet, toute information sensible n'est telle que pour autant qu'elle a une représentation dans l'espace psychique : « excitation, érogénéisation, représentation forment un trinôme indissociable, elles désignent les trois qualités que doit nécessairement posséder un objet pour qu'il puisse avoir un statut d'existant dans la psyché.¹⁷⁸

Dans cette perspective, nous pouvons supposer à l'origine des failles dans l'activité de représentation de nos patients, une configuration particulière de ce « fonds représentatif ». Faute d'un « plaisir suffisant » dans la relation à la mère, faute d'expériences sensorielles de qualité, la fonction originaire vient mettre en œuvre une configuration de pictogrammes particuliers :

Nous avons jusqu'ici parlé de l'objet-zone complémentaire comme extensif d'une expérience de plaisir. Or, le déplaisir et la souffrance du corps sont des phénomènes tout aussi présents. (...). La complémentarité zone-objet et son corollaire, soit l'illusion que toute zone auto-engendre l'objet à elle conforme, fait que le déplaisir résultant de l'absence de l'objet ou de son inadéquation, par excès ou par défaut, va se présenter comme absence, excès ou défaut de la zone elle-même. (...). Le « rejeter hors de soi » trouve sa première illustration dans la mise-en-scène d'un *rejet mutuel entre zone et objet et, de ce fait, d'un rejet mutuel entre*

¹⁷⁶ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.74.

¹⁷⁷ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, pp.75-76.

¹⁷⁸ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.75.

l'instance représentante et le représenté, conséquence de la réfraction spéculaire propre à ce stade.¹⁷⁹

En l'absence d'expérience suffisamment satisfaisantes, la psyché ne peut se reconnaître dans ses propres représentations, nous assistons à la mise en place d'un clivage entre « instance représentante et représenté » : « Dans l'originaire, tout organe de plaisir peut devenir ce dont on se mutile afin d'annuler le déplaisir dont il se montre tout à coup responsable. »¹⁸⁰

3.1.3 D'un plaisir précoce insuffisant à l'attaque du penser

Nous évoquions précédemment la question d'un « plaisir suffisant ». Cette notion apparaît dans le cadre de l'opposition pulsionnelle entre Eros et Thanatos, que nous évoquions au tout début de notre travail, reprise et reformulée par P. Aulagnier de la manière suivante :

Dans notre représentation, la haine n'est ni antérieure ni postérieure à l'amour [Freud supposant une antériorité de la haine sur l'amour¹⁸¹] : les deux termes désignent l'affect et le but, propres à deux représentations inaugurales, une fois que le discours veut en rendre compte. La première a sa source dans la visée englobante, unifiante et centrifuge d'Eros, qui, par l'indissociabilité zone-objet, met en forme l'image d'un monde dans lequel tout objet tend vers et rejoint son complément, s'y unit pour retrouver une totalité parfaite. La seconde prend racine dans l'aire de Thanatos, sa visée restera la néantisation du désir et de sa quête, sa tendance sera de haïr radicalement tout ce qui, en se présentant comme complément nécessaire à la satisfaction, vient démontrer la dépendance de la zone à l'objet, et rappeler que la psyché pourrait se découvrir en état de manque de pouvoir sur le plaisir, comme capacité de souffrance et d'attente. (...) La mise en scène de l'arrachement et du rejet entre zone et objet est *aussi* la représentation de la relation de haine présente entre Thanatos et Eros, dès que celui-ci ne réussit plus à prendre le premier au piège d'une fixation entre la libido et l'objet, fixation qui apporte l'illusion d'un retour à un silence et à un statu quo éternel.¹⁸²

Faute d'un plaisir nécessaire à l'équilibre entre Eros et Thanatos, c'est l'activité de représentation elle-même qui va se trouver hypothéquée. Dans la perspective de P. Aulagnier, la psyché hait d'emblée le fait d'avoir à représenter, d'avoir à désirer.

En l'absence d'expériences de plaisir nécessaires à la constitution et à l'investissement de ce fonds représentatifs, l'activité de représenter est peu investie. Dans ce contexte, la prévalence du mouvement du « rejeter hors de soi », dégagée par P. Aulagnier règne sans partage. Nous aurions affaire, chez nos patients, à cette hémorragie psychique venant entraver l'activité même de représentance, par la mise en place d'un mécanisme d'attaque de cette

¹⁷⁹ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, pp. 62-63.

¹⁸⁰ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*

¹⁸¹ FREUD, S. (1915a). *Op. cit.*, p.42.

¹⁸² AULAGNIER, P. (1975). *Op.cit.*, pp. 64-65.

fonction reflétant une psyché structurée autour de la haine fondamentale vis-à-vis de l'activité de représentation :

(...) la psyché contemple dans la représentation sa propre forme d'activité (prendre ou rejeter) ; dans le premier cas, elle investit cette force produisante et le produit qui en résulte, dans le second, elle voit dans la représentation de son activité et de son produit la cause haïe de sa souffrance.¹⁸³

Grâce aux analyses de P. Aulagnier, nous pouvons mieux cerner les mécanismes qui agitent la psyché des patients toxicomanes et la véritable torture psychique qui est la leur. Nous voyons comment la question de l'appel à la sensorialité via les prises de produits vise à produire un semblant de processus de subjectivation, via l'attaque de la subjectivité.

3.2 Aux origines du processus de pensée

3.2.1 La faillite du processus de représentation

Dans la continuité de ce que nous décrivions précédemment, il apparaît que la structure du discours du patient addicté reflète bien souvent un manque de fluidité dans la liaison entre représentation de choses et représentation de mots, voire une déliaison :

Le trauma peut rompre les associations entre la représentation de mot et la représentation d'objet. Il y a alors soit un mot vide de représentation d'objet soit une représentation d'objet sans mot pour la dire. Ou bien le sujet parle comme dans un livre, avec un vocabulaire riche quelquefois, mais une parole vide de sens, ou bien il est capable dans la vie pratique d'utiliser les objets et de dominer des situations concrètes, mais toute métaphore lui est impossible.¹⁸⁴

L'économie du sujet peut s'avérer être une économie d'emprunt : le patient peut s'enfermer dans un discours plaqué, reprenant le plus souvent les dogmes entendus dans les centres de cure ou dans les réunions des mouvements d'entraide, le faisant apparaître comme irrémédiablement étranger à lui-même :

(...) s'approprier le style, les signifiants et les métaphores d'un autre : ami, écrivain connu, système de pensée, peu importe. (...) [le sujet] parle de lui comme le ferait un étranger, (...) ; ce qu'il offre de lui est un tableau, quelquefois clinique qui lui est extérieur.¹⁸⁵

¹⁸³ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.67.

¹⁸⁴ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *La terreur de penser*. Plancoët, Diabase, 1998, p.45.

¹⁸⁵ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *Ibid.*, p. 66.

Quand le patient se risque à construire un récit, tout se passe comme si celui-ci se trouvait énoncé par un étranger. Aucune signifiante ne semble se dégager des événements rapportés, toute mise en sens paraît incongrue : « Il faut toujours insister pour avoir le récit et quand il est fait, tout se passe comme s'il y avait une coupure entre le récit et l'angoisse qu'il a provoquée. »¹⁸⁶ Une fois encore, c'est la possibilité pour le sujet de se reconnaître dans son discours qui est gravement entravée. Dans ce contexte, « [on] peut affirmer, sans forcer la pensée de Freud, que l'analyse, c'est-à-dire la cure psychanalytique, cesse d'être un travail **sur** les représentations (inconscientes et préconscientes) et devient, dans certains cas tout au moins, un travail **de** la représentation. »¹⁸⁷

Or, ce « travail de la représentation » proposé par A. Green, ne peut avoir lieu sans repérer, ce qui dans ce travail, achoppe. Le sujet ne peut se représenter en donnant pour ainsi dire corps à ses représentations. Le corps n'est pas vécu comme inscrit dans la dynamique du désir, du fait des carences que nous avons précédemment identifiées. Dès lors, c'est à nouveau le nouage entre corps et langage qui se trouve malmené :

(...), le narcissisme, qui semble être au début de la vie être relié à l'euphorie d'une bonne santé, est en fait, dès la naissance, croisé à la relation subtile langagière, créatrice de sens humain, originé dans la mère et entretenu par elle – relation qui ne peut, au début de la vie, être longtemps interrompue sans danger.¹⁸⁸

Ceci nous amène à nous demander comment s'effectue, dans le psychisme la liaison entre représentation de mots et représentation de chose. Est-elle imputable à une instance, à un système ? Comment s'origine cette capacité de liaison ? Doit-on penser que la représentation de chose pourrait contenir en elle une part active, libidinale, apte à la lier à la représentation de mots ? Devons-nous penser un en-deçà de la représentation de chose qui viendrait en quelque sorte venir conditionner sa structuration et par là sa possibilité de liaison avec la représentation de mots ? Que c'est la liaison elle-même qui se trouve investie par l'activité de représentation ? Dans ce cas, comment penser que celle-ci puisse venir désinvestir cette liaison, ou peut-être ne l'avoir jamais suffisamment investie ?

¹⁸⁶ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *Ibid.*, p.65.

¹⁸⁷ GREEN, A. (1995). La représentation de chose entre pulsion et langage. In *Propédeutique. La Métapsychologie revisitée*. Seyssel sur le Rhône, Le champ vallon, 109-124, p. 119.

¹⁸⁸ DOLTO, F. (1984). *Op.cit.*, p.66.

3.2.2 Représentation de mots et représentation de chose dans la perspective freudienne

Freud dans son article « L'inconscient »¹⁸⁹ ne développe pas ces questions, mais nous fournit quelques éléments de définition. La représentation de chose est inconsciente, elle « consiste en l'investissement, sinon des images mnésiques directes de chose, du moins en celui de traces mnésiques plus éloignées et qui en dérivent. »¹⁹⁰ C'est sa liaison avec la représentation de mots qui lui permet de devenir consciente : une représentation consciente comprend la représentation de chose associée à la représentation de mot :

Le système Ics contient les investissements de chose des objets, les premiers et véritables investissements d'objets ; le système Pcs apparaît quand cette représentation de chose est surinvestie du fait qu'elle est reliée aux représentations de mots qui lui correspondent. Ce sont, nous pouvons le présumer, ces surinvestissements qui introduisent une organisation psychique plus élevée et qui rendent possible le remplacement du processus primaire par le processus secondaire qui règne dans le Pcs.¹⁹¹

Dans cette perspective, la représentation de mot semble apporter à l'investissement de la représentation de chose à la fois un facteur quantitatif, lié au surinvestissement évoqué par Freud, mais également un facteur qualitatif relevant de « cette organisation psychique plus élevée », apte au passage du processus primaire au processus secondaire. Si la représentation de mot fait, comme on a coutume de le dire, « exister la chose », elle contient le pouvoir de « modeler » à travers sa liaison avec elle, la représentation de chose, en lui permettant de s'inscrire dans la pensée, conditionnée par le primat du processus secondaire.

Cette liaison avec la représentation de mot est une condition nécessaire mais non suffisante pour permettre à la représentation de chose de devenir consciente : « (...) le lien avec des représentations de mot ne coïncide pas encore avec le fait de devenir conscient, mais n'en procure que la possibilité, il ne caractérise donc pas d'autre système que le Pcs. »¹⁹²

Freud ne pousse pas plus loin l'investigation dans ce texte. Toutefois, il nous livre au passage de précieuses informations quant à l'origine des représentations de mots :

(...), les représentations de mot de leur côté proviennent de la perception sensorielle de la même manière que les représentations de choses, si bien que l'on pourrait soulever la question de savoir pourquoi les représentations d'objet ne peuvent devenir conscientes par le moyen de leurs propres restes perceptifs.¹⁹³

¹⁸⁹ FREUD, S. (1915d). L'inconscient. In *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 2002, 65-121.

¹⁹⁰ FREUD, S. (1915d). *Ibid.*, pp.116-117.

¹⁹¹ FREUD, S. (1915d). *Ibid.*, p.117.

¹⁹² FREUD, S. (1915d). *Ibid.*, pp. 118-119.

¹⁹³ FREUD, S. (1915d). *Ibid.*, p.118.

Ainsi, représentation de chose et représentation de mot ressortent toutes deux du sensoriel. La question reste entière de savoir comment la représentation de mot peut émerger de « la perception sensorielle » et ce d'autant plus que « la pensée fonctionne dans des systèmes qui sont si éloignés des restes perceptifs originaires qu'ils n'ont plus rien conservé des qualités de ceux-ci et ont besoin pour devenir conscients d'un renforcement par de nouvelles qualités. »¹⁹⁴

Comment passe-t-on d'une représentation de mot issue de « la perception sensorielle » à une représentation de mot caractérisée, de surcroît, par son caractère profondément abstrait ? : « De plus, le lien avec des mots permet de doter de qualité des investissements qui ne pouvaient apporter avec eux aucune qualité tirée des perceptions elles-mêmes, **parce qu'ils correspondent seulement à des relations entre les représentations d'objet.** »¹⁹⁵

S'il s'attache longuement à considérer dans ce texte, à travers l'étude du langage spécifique du patient schizophrène, le « langage d'organe »¹⁹⁶, Freud ne nous dit rien d'un langage dans lequel seule la liaison entre représentation de mot et représentation de chose se trouverait mise à mal. Le langage du patient addicté n'est pas celui du psychotique, sur un certain plan, il se rapproche bien plus de celui du patient psychosomatique. Il se caractérise plutôt par une déperdition du pouvoir métaphorique de la représentation de mot mais pas par l'abandon des investissements d'objets et l'investissement des représentations de mots par les processus primaires.

A la lumière de ce développement, nous pouvons tenter d'émettre quelques hypothèses.

Tout d'abord, l'ancrage commun, des deux modes de représentations ici considérées, dans le sensoriel, rappelle encore une fois que c'est dans la relation première à la *psychè* maternelle, placée sous le primat du sensoriel que l'*infans* trouve les conditions premières de l'activité de représentation et par là, de l'accès au langage.

Par ailleurs, concernant le sujet qui a amené à notre questionnement, à savoir celui de la déliaison à l'œuvre entre représentations de chose et représentations de mot dans le discours du patient addicté, nous pouvons évoquer l'idée que la représentation de mot est, chez ces patients, inapte à venir modeler la représentation de chose à travers l'apport qualitatif de son pouvoir métaphorisant. A ce déficit, pourrait également venir s'ajouter un manque quantitatif :

¹⁹⁴ FREUD, S. (1915d). *Ibid.*

¹⁹⁵ FREUD, S. (1915d). *Ibid.*, c'est nous qui soulignons.

¹⁹⁶ FREUD, S. (1915d). *Ibid.*, p.112.

la représentation ne serait pas suffisamment investie pour pouvoir apporter un quantum d'énergie suffisante à la représentation de chose.

Nous devons comprendre comment ce pouvoir de signifiante, d'abstraction ou plutôt de métaphorisation, inhérent à la représentation de mot peut être issu du sensoriel. En effet, il paraît contradictoire dans l'optique freudienne d'associer les mots, relatifs à la « vie de l'esprit », à un ancrage primitif dans le sensoriel. C'est dans le primat du paternel et du Nom-Du-Père que se fondent bien des aspects de la pensée freudienne :

Le progrès de la vie de l'esprit consiste en ceci que l'on décide contre la perception sensorielle directe en faveur de ce qu'on nomme les processus intellectuels supérieurs, c'est-à-dire des souvenirs, des réflexions, des déductions : que l'on décide par exemple, que la paternité est plus importante que la maternité, bien qu'elle ne se laisse pas prouver, comme cette dernière, par le témoignage des sens. C'est pourquoi l'enfant devra porter le nom de son père et devenir son héritier.¹⁹⁷

3.2.3 Le fonctionnement primaire

Dans la perspective déployée par P. Aulagnier, si l'originaire est dominé par l'auto-engendrement et par les représentations pictographiques, le primaire relève d'une première distinction *mère-infans* et génère les représentations phantasmatiques. C'est à ce fonctionnement que se rapporte la liaison inaugurale entre représentation de chose et représentation de mot :

Si, à l'opposé, on admet l'existence d'une phase précoce, celui d'une étape de transition entre l'état d'*infans* et celui d'enfant, phase pendant laquelle s'opère la jonction image de chose-image de mot, et s'impose un nouveau type d'information à l'activité psychique alors que garde encore tout son pouvoir le postulat définissant la logique du phantasme, on dira, et c'est notre opinion, que des productions psychiques, bien que déjà représentées par une double inscription, peuvent continuer à se mettre au service de ce postulat.¹⁹⁸

Découvrant la séparation existante entre le corps de l'*infans* et celui de la mère, la psyché de l'*infans* va mettre en œuvre une représentation de l'Autre comme désirant et par là, cause première de ses expériences de plaisir et de déplaisir :

A cette double nécessité de sauvegarder le postulat du tout-pouvoir du désir et de s'approprier une première information sur la séparation des espaces psychiques et corporels, viennent répondre la mise en place d'une représentation de l'Autre, agent et garant du tout-pouvoir du désir ; le plaisir ou le déplaisir dont cet « espace » peut faire l'expérience se présentera à son tour comme l'effet du désir de l'Autre d'une réunification entre les deux espaces séparés ou, à l'inverse comme l'effet de son désir de rejet.¹⁹⁹

¹⁹⁷ FREUD, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris, Gallimard, 2001, p.218.

¹⁹⁸ AULAGNIER, P. (1975). *Op.cit.*, p.102.

¹⁹⁹ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.82.

La représentation de chose viendra figurer la relation entre le sujet et le désir de l'Autre, c'est-à-dire entre la relation entre les deux corps. Nous retrouvons l'ancrage fondamentalement relationnel de la représentation issue de la figuration de la rencontre entre deux corps :

Quelle que soit la « chose » que le primaire métabolisera dans l'image qu'il en forge, il en résultera toujours une mise en relation des éléments présents dans le phantasme, qui sera le décalque de la représentation que le primaire se forge de la relation reliant les parties et les fonctions érogènes de son propre corps, et conjointement, de la relation reliant ces mêmes parties et fonctions au corps de l'Autre.²⁰⁰

C'est dans un fonctionnement primaire-secondaire que viendront se greffer les représentations de mots aux représentations de choses, une fois encore en lien avec les affects de plaisir/déplaisir liés aux expériences de l'*infans* :

L'hypothèse que nous défendons peut se formuler dans les termes suivants : la représentation d'une idée exige que la psyché ait acquis la possibilité d'adjoindre à la représentation de chose la représentation de mot qu'elle doit à la perception acoustique une fois que cette dernière a pu devenir perception d'une signification : de cette signification la voix de l'Autre est la source émettrice. L'adjonction de ces « entendus » à l'image de chose met-en-place un système de significations primaires qui se différencie du système propre aux significations secondaires par le fait que dans le premier la représentation de sa relation au monde que forge ce système de significations reste organisée de manière à démontrer le tout-pouvoir du désir de l'Autre.²⁰¹

Il apparaît, si nous reprenons les analyses de P. Aulagnier, que cette liaison se voit attaquée consécutivement à l'inadéquation de l'Autre à garantir la signifiante du mot dans sa liaison aux éprouvés corporels. Cette affirmation vient s'articuler autour de l'idée selon laquelle la représentation de chose vient se modeler selon la relation à l'œuvre entre le corps maternel et celui de l'*infans*. Il semble ici que ce soit la dynamique du rejet qui se trouve à l'œuvre. Nous nous trouvons ainsi face aux deux configurations évoquées précédemment : celle d'un corps sans mots, ou celle de mots sans corps, sans sens.

Dans cette dernière configuration, présentée notamment par Clara, tout se passe comme si le mot n'était pas venu se poser suffisamment adéquatement sur l'expérience sensorielle de l'*infans*. Nous voyons comment la relation (sensations, rencontre de deux corps, et voix) mère-*infans*, vient entièrement modeler l'espace psychique du sujet. Nous pouvons également mieux comprendre l'attente, souvent exprimée par les patients « *qu'on [leur] parle* », comprise comme une attente de l'inscription par un Autre, en eux, du pouvoir de signifiante du mot.

²⁰⁰ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.83.

²⁰¹ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.103.

Outre les expériences sensorielles de l'*infans* et la mise en mots dont la mère les accompagne, nous devons ajouter un autre facteur dans l'opération, à savoir, le façonnage, par la psyché maternelle, des contenus présentés à l'*infans* :

La représentabilité du pictogramme, le scénique de la figuration ont comme matériaux des objets façonnés par le travail de la psyché maternelle. (...) ils [ont] été marqués par l'activité de la psyché maternelle, qui les dote d'un *indice libidinal*, et par là, d'un statut d'objet psychique, conformes à ce que nous appelons les « besoins » de la psyché.²⁰²

Dans cette perspective, l'inadéquation entre mot et chose, relèverait d'une insuffisance qualitative ou quantitative dans l'adjonction par la psyché maternelle de cet « indice libidinal ». Ce penser maternel est placé sous le signe du refoulement opéré par la psyché maternelle :

La fonction de prothèse de la psyché maternelle permet que ce soit une réalité déjà modelée par son activité psychique et rendue, grâce à cela, représentable, que rencontre la psyché : elle substitue, à l'asensé d'un réel qui ne pourrait avoir de statut dans la psyché, une réalité humaine, parce qu'investie par la libido maternelle, réalité qui n'est remodelable par l'originale et le primaire que grâce à ce travail préalable. (...). Nous sommes donc confrontés à une dynamique fort particulière lors de la rencontre infans-mère :

- La mère offre un matériau psychique qui n'est structurant que parce que déjà remodelé par sa propre psyché, ce qui implique, en droit, qu'elle offre un matériau qui respecte les exigences du refoulement.
- L'*infans* reçoit cet « aliment » psychique et le reconstruit tel qu'il était dans sa forme archaïque pour celle qui l'avait, en son temps, reçu de l'Autre.²⁰³

Ainsi, la construction de la psyché de l'*infans* s'effectue sur la fonction prothétique assurée par la psyché maternelle et dépend étroitement de sa capacité à « justement refouler », pourrait-on dire, les contenus ici considérés. Cette capacité dépend étroitement de la relation à l'Autre, à l'œuvre dans la psyché maternelle. Dès lors, se pose la question de savoir ce qui, de la psyché maternelle, a pu venir se transmettre de ce rapport à la psyché de l'*infans*.

3.2.4 Un impossible deuil à l'œuvre dans la psyché maternelle

3.2.4.1 Un trauma transgénérationnel

Pour répondre à cette question, une des hypothèses développées par S. Ginestet-Delbreil dans son ouvrage *La terreur de penser*²⁰⁴, est celle d'une transmission intergénérationnelle inconsciente d'un trauma, un deuil non élaboré intervenu à la génération précédente, venant affecter la construction de « l'appareil de représentance »²⁰⁵ chez les sujets appartenant à la

²⁰² AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, pp.131-132.

²⁰³ AULAGNIER, P. (1975). *Ibid.*, p.134.

²⁰⁴ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *Op. cit.*

²⁰⁵ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *Ibid.*, p.41.

génération suivante. Cette perspective transgénérationnelle est trop souvent négligée dans l'abord du sujet addicté, ou bien souvent réduite à une pure et simple hérédité, pour le moins peu féconde quant à la compréhension du fonctionnement de ces patients.

Les analyses de S. Ginestet-Delbreil mettent en avant l'idée selon laquelle la mère du sujet, prise dans un deuil non élaboré « s'enferme avec son objet mort et ne peut pas partager avec ses enfants la souffrance de cette mort. »²⁰⁶. Elle ne peut que se révolter contre la survenue de l'événement et le considérer comme un événement qui aurait pu ne pas se produire et par là contingent, ayant affecté sa propre destinée :

Le deuil impossible ne porte pas sur ce qui a été vécu avec l'être aimé mais sur ce qui n'a jamais pu être vécu. Le manque, à être ou à avoir, se trouve ainsi réduit à une contingence et non plus au fait que l'être parle et qu'il perd quelque chose de sa jouissance. Ce qui implique que le sujet endeuillé en est la victime.²⁰⁷

Dans le cas le plus extrême, le mort est maintenu vivant dans la psyché maternelle par un mécanisme d'identification par incorporation. Dès lors, la mort est un non-événement et l'immortalité est possible.

Si, comme S. Ginestet-Delbreil le montre, ce deuil resté en suspens concerne strictement un registre psychique chez l'endeuillée, il va venir contaminer tout l'appareil de représentance à la génération suivante. Ce message passe dans l'inconscient de l'enfant et va venir être la base sur laquelle la psyché va se construire.

Or, « le trauma introduit une confusion entre l'interdit et l'impossible »²⁰⁸ dans le registre de la perte d'objet. C'est ce phénomène qui serait à l'origine de l'échec dans la transmission du pouvoir métaphorique du mot :

L'ensemble de l'appareil de représentance, a fortiori les processus métaphoriques, est en court-circuit, court-circuit au sens propre car la circulation à l'intérieur de l'appareil de représentance ne peut se faire entre les images mnésiques sensorielles, le discours sur l'objet et les substitutions métaphoriques que si l'objet réel est considéré comme perdu.²⁰⁹

Dès lors, la psyché se construit autour de l'idée selon laquelle l'objet n'est pas perdu, pas impossible et l'accès à la figuration de l'absence de l'objet à travers le mot, est hypothéqué. Nous retrouvons ici la confusion entre vrai et faux, précédemment évoquées, articulée à un défaut d'inscription de la *Bejahung*²¹⁰ primordiale.

²⁰⁶ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *Ibid.*, p.58.

²⁰⁷ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *Ibid.*, p.57.

²⁰⁸ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *Ibid.*, p.55.

²⁰⁹ GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *Ibid.*, p.64.

²¹⁰ FREUD, S. (1925). *Op.cit.*

3.2.4.2 Le cas de Clara

Notre première rencontre avec Clara se déroule lors d'une séance du groupe de parole se tenant au Centre d'Alcoologie, et ne se présente pas sous le meilleur des auspices. Clara, dès son arrivée, prend en charge les autres patients et semble être décidée à mener la séance. Elle ne me laisse pas le temps de l'accueillir, non, c'est elle qui m'accueille et me souhaite la bienvenue, sur un ton doux et agréable qui suscite un agacement profond chez moi.

Pendant toute la séance, Clara écoute respectueusement chacun avec beaucoup d'empathie et prodigue des paroles de réconfort, qui viennent systématiquement opposer un mouvement de clôture à mes interventions.

En fin de séance, lorsque je lui demande si les thèmes apportés par les participants lui évoquent quelque chose d'elle-même, Clara fond littéralement en larmes et exprime un vécu de grande souffrance dans sa relation à sa mère. Pour elle, l'alcool vient prendre en charge les affects de haine que celle-ci déclenche chez elle par ses tentatives « *d'infantilisation* » et sa volonté de « *[l'] anéantir et de [l'] étouffer* », telle une « *pieuvre* » ou un « *anaconda* ». Elle me demande si je peux la suivre en entretien individuel.

Le premier entretien provoque chez moi l'exact inverse de ce que j'avais ressenti lors de la séance de groupe : je suis séduite. Volubile, Clara exprime ses difficultés avec une grande fluidité. Elle me dit avoir commencé à boire très régulièrement depuis deux ans. Si des prises d'alcool discrètes et ponctuelles lui permettaient jusqu'alors de « *gérer* » son « *vide* » relationnel et affectif, la situation a « *dégénéré* ». Elle s'alcoolise quotidiennement, le soir, pour « *oublier* », « *dormir plus vite* » et me fait part de son envie de mourir.

Clara est au chômage après avoir été assistante de direction pendant vingt ans. Elle vit seule avec sa fille, âgée de dix-sept ans. Elle est célibataire et dit avoir « *peur des hommes* », peur qu'elle associe à une relation très douloureuse avec un père extrêmement maltraitant. Elle ressent une profonde sensation « *d'échec* » dans sa vie qu'elle attribue à l'absence de reconnaissance de la part de sa mère.

Clara a grandi dans un climat familial proprement terrorisant généré par le sadisme d'un père fasciné par les « *chants nazis* » et l'extrême violence régnant dans le couple parental : « *Mon père battait ma mère... une fois il a essayé de l'étrangler dans la baignoire... une autre fois, maman a dû partir de la maison toute nue en pleine nuit... il l'humiliait en permanence... la nuit, je ne dormais pas... je guettais le moindre bruit, comme si je pouvais contrôler ce qui*

pouvait se passer... j'avais peur qu'il la tue. Pour moi dormir, c'était prendre le risque de laisser maman mourir. »

Sa mère finit par s'enfuir alors que Clara avait douze ans et était hospitalisée consécutivement à une crise d'appendicite : *« elle nous a laissées tomber ma sœur et moi, et on a vécu l'enfer avec mon père. Il pleurait tous les soirs sur mon épaule en traitant ma mère de pute. Il m'a dit de dormir dans leur lit. Pour lui, j'étais ma mère ! (...) Il fallait tout faire comme lui, penser comme lui, on n'avait pas le droit d'exister. Ma petite sœur et moi, il nous appelait « les gars ». J'ai fini par devenir sa copie conforme. Mais ado, j'ai découvert qu'on pouvait penser autrement, je me suis fait des amis et là j'ai découvert un autre monde. J'ai commencé à m'opposer à lui, à lui répondre par d'autres arguments que les siens. C'est devenu très dur. J'ai retrouvé ma mère, je l'ai revue. Je l'ai dit à mon père, il n'a pas supporté : il m'a dit que je le « cocufiais ». Quand il m'a interdit de parler à ma petite sœur, j'ai craqué. Je suis partie vivre avec ma mère et mon beau-père. J'avais la sensation d'abandonner ma petite sœur, c'était atroce, mais moi je n'en pouvais plus, c'était une question de survie. C'était ça ou la mort ! »*

J'apprends que Clara a *« fait une analyse »* une vingtaine d'années auparavant. Très émue par son récit, je suis surprise par son aisance et ses facultés interprétatives. Quelle différence avec le discours auquel les sujets alcooliques m'ont habituée ! J'en arrive même à être intimidée devant cette patiente : son discours laisse peu de place au doute, à l'hésitation. Clara enchaîne avec brio constructions et interprétations. Je ressens une sensation de malaise de plus en plus profond. J'ai le sentiment qu'un malentendu s'est installé. S'ensuit un sentiment de profonde insuffisance, je me sens en défaut : Que puis-je apporter à cette patiente ? Que me demande-t-elle ? Ne devrais-je pas l'encourager à revoir son ancienne analyste ?

Dans l'après coup, j'ai le sentiment d'un décalage. Comment est-il possible que Clara présente de telles difficultés dans sa vie personnelle et comment comprendre sa sensation de *« vide »* interne dans un tel contexte ? Je commence à douter de l'efficacité de ses auto-constructions.

Lors de l'entretien suivant, je la questionne sur cette *« analyse »*. J'apprends qu'elle a duré *« deux ans »* et que le travail s'est trouvé interrompu au moment où Clara a décidé de venir mère. Enonçant ce désir, son analyste lui a répondu que *« ce n'est pas le moment »* et qu'elle n'est pas *« prête »*. Clara me dit qu'elle n'a pas pu accepter cette *« sentence »*. Néanmoins, elle

affirme avoir été aidée par ce travail, qui lui a permis d'avoir une « *relation un peu stable* » avec un homme.

Quelques années plus tard, se sentant à nouveau « *vide* », elle tente de reprendre un travail avec « *un analyste homme* » mais cette reprise s'avère désastreuse. Assez rapidement une relation amicale puis amoureuse s'installe entre les deux protagonistes. Comprenant que ce « *psy* » la manipule, Clara arrête là et cesse de le voir, non sans un profond sentiment d'amertume. Elle reprend, quelques temps plus tard, une « *psychothérapie en face à face* » avec une psychologue, principalement vouée à « *se sortir* » de l'expérience précédente. S'ensuit une nouvelle rupture justifiée par l'éloignement géographique entre son nouveau domicile, une petite maison dans la propriété de sa mère et de son beau-père, et le lieu de pratique de sa thérapeute.

Sa consommation d'alcool cesse « *miraculeusement* » après ce deuxième entretien. Elle s'extasie devant ce constat et me demande si « *cela se passe comme ça pour tous les patients ?* » Je comprends que Clara a besoin d'avoir la sensation d'exister **pour** quelqu'un. Elle ne dispose pas d'un interlocuteur interne fiable, du fait des multiples traumatismes à l'œuvre chez elle.

Ceci me sera confirmé par la suite lorsque Clara revit au cours d'une de nos rencontres, l'effroi et l'extrême désorganisation psychique suscitée par la violence dans le couple parental, violence teintée d'une sexualité débordante et insoutenable pour la psyché de la petite fille qu'elle était. Je nomme la « *confusion de langues* » à l'œuvre dans la situation traumatique. Clara me dit par la suite avoir été profondément rassurée par ces paroles, mais surtout, finalement, par le fait que je m'étais placée en position de « *témoin empathique* » de la scène racontée : « *C'est comme si tout d'un coup, vous aviez été là avec moi, un peu comme une voix off dans un film. Votre voix m'a sortie de ce magma dans lequel j'étais.* » Ainsi, outre le contenu de mes paroles, c'était « *la façon* » dont je les avais dites qui avait été opérante en nommant dans un entre-deux, d'une place de témoin, ce que je pouvais supposer de son vécu de petite fille.

Si Clara dit ressentir un mieux-être après cette mise au jour, celle-ci ne mit pas un terme à son sentiment de « *vide* » interne.

Au contraire, ce dernier apparaît spectaculairement sur le devant de la scène à l'approche d'une longue séparation due à ses activités professionnelles - elle a, entre-temps, retrouvé un emploi - et à mes congés. Son angoisse augmente de manière alarmante : « *Je me sens vide...j'ai un trou noir en moi...il m'aspire sans cesse. J'ai l'impression de ne pas être vivante. Déjà,*

petite, je regardais les autres enfants jouer mais je n'étais pas avec eux. Comme si je n'étais pas vraiment là, comme si j'étais toujours à part. Je me sens comme un cosmonaute, suspendu à sa base par un fil et si ce fil venait à se rompre, je partirais dans le néant. En ce moment j'ai l'impression que le fil est rompu, c'est une douleur sans fin. Je ne souhaite à personne de vivre ça. C'est innommable. Ce n'est pas que je n'aime pas la vie mais le film se déroule sans moi, je suis spectatrice ou alors figurante ! Je suis comme ces acteurs qui ne parviennent jamais à décrocher le moindre petit rôle et qui font de la figuration. Moi c'est pareil, je ne suis qu'un objet parmi tant d'autres. D'ailleurs je ne parle jamais de moi, je ne sais pas quoi dire aux autres. Je n'ai rien d'intéressant à raconter, je n'ai pas de vie. Et puis ce que disent les gens me paraît si superficiel, je m'en fiche dans le fond. Je ne sais pas ce que je fous là, je ne sais pas quoi faire. Je n'arrive pas à exister. C'est comme si les autres avaient reçu cette capacité à vivre que je n'ai pas. Ça fait quarante-cinq ans que j'attends que ma vie démarre, comme si ça faisait quarante-cinq ans que j'attends en tournant en rond dans l'aéroport sans jamais monter dans l'avion. Je suis éternellement en transit, en stand-by. Mais j'aimerais bien faire partie du voyage ! »

Clara se sent sombrer dans le néant et ne comprend pas ce qui lui arrive. Elle dit vivre un sentiment permanent de dépersonnalisation et se perd dans des réflexions sans fin sur le « sens des choses et du monde », en quête d'un sentiment d'ancrage dans sa vie interne.

Associant sur ce « *trou noir* » agissant en elle, Clara exprime la sensation d'étouffement qu'elle dit ressentir dans sa relation à sa mère, accusant à nouveau celle-ci de vouloir « *[l'anéantir]* ». Elle ajoute : « *elle ne m'a fait naître que pour m'avoir à sa merci, elle ne me laisse pas couper le cordon !* ». Je lui demande comment s'est déroulée sa venue au monde, ayant songé de mon côté à l'image d'un avortement. Sa mère avait-elle hésité à mener la grossesse à bien ? Clara avait-elle vécu une grande souffrance fœtale ? Sa vie *in utero* avait-elle été menacée à un moment où à un autre ?

Clara balaie ma question d'un revers de main : « *tout s'est bien passé !* », ajoutant, « *heureusement que je suis sortie de ce four qu'était son ventre...elle aurait fini par me tuer !* ». Elle associe sur le génocide juif, sans pouvoir repérer quoi que ce soit en lien avec cet événement dans l'histoire familiale, si ce n'est, la fascination de son père pour les « *chants nazis* ». Subitement, elle affirme, dans une phrase qui paraît sortie de nulle part : « *Ma mère a eu plusieurs avortements avant moi !* ».

Lors de l'entretien suivant, Clara m'annonce avoir questionné sa mère sur ce sujet. Voici ce qu'elle en dit : « *Je n'ai pas trop insisté parce que je voyais bien que cela lui faisait du mal d'en parler. Elle m'a raconté qu'elle ne se souvenait plus du nombre exact d'avortements. Elle a ajouté : « il y avait Marie, Pascal(e ?) et Catherine. » Elle m'a dit qu'elle avait dû avorter parce que mon père et elle n'étaient pas mariés. C'est pour ça que moi je suis née : entre-temps mon père avait épousé ma mère. Je vous ai dit que ma mère avait été violée pendant des années par son beau-père ? Quand elle en a parlé à sa mère, elle n'a pas été crue. Ma mère est partie de la maison quand elle avait dix-huit ans. Elle s'est enfuie avec mon père. »*

Nous voyons comment les avortements ayant précédé la naissance de Clara viennent s'inscrire dans un vécu extrêmement traumatique pour sa mère, dont l'histoire a été marquée par l'inceste. Ici c'est à la fois un trauma sexuel et non-sexuel qui avait été transmis à Clara : celui de l'inceste vécu par sa mère, puis du déni porté sur celui-ci par sa grand-mère maternelle et enfin, celui du deuil non élaboré des trois enfants non-nés, restés peut-être vivants dans la psyché maternelle, comme en témoigne leur évocation à travers les prénoms donnés aux enfants.

Nous voyons ici comment la problématique du deuil à l'œuvre dans la psyché maternelle vient marquer son empreinte dans la construction psychique de l'*infans*. Cette thématique n'a pas été sans nous rappeler une autre figure, celle de la mère morte développée par A. Green.

3.2.4.3 De la métaphore de la mère morte au narcissisme négatif

A. Green montre comment la psyché de l'enfant peut être gravement mise à mal du fait d'une perturbation de la relation mère-enfant, due à un événement venu entraîner une dépression chez la mère. Ce mouvement dépressif chez la mère vient se figurer dans la psyché de l'enfant sous la figure d'une « mère morte ». Ceci apparaît dans un contraste entre une non-éclosion d'une dépression chez le patient et une dépression patente dans le transfert, comprise comme une réactualisation d'une dépression chez l'enfant consécutive à la modification des relations avec la mère du fait de la dépression de cette dernière :

Il ne s'agit pas d'une dépression par perte réelle d'un objet, (...). *Le trait essentiel de cette dépression est qu'elle a lieu en présence de l'objet, lui-même absorbé par un deuil.* La mère, pour une raison ou une autre, s'est déprimée. (...), parmi les principales causes d'une telle dépression maternelle, on retrouve la perte d'un être cher (...). Mais il peut s'agir aussi (...) d'une blessure narcissique : revers de fortune (...), liaison amoureuse du père qui délaisse

la mère, humiliation etc. Dans tous les cas, la tristesse de la mère et la diminution de l'intérêt pour l'enfant est au premier plan.²¹¹

La dépression chez la mère et le désinvestissement de l'enfant qui s'ensuit est vécu par celui-ci comme une catastrophe : « il interprète cette déception comme la conséquence de ses pulsions envers l'objet. »²¹²

Pour faire face à cet événement, l'enfant va mettre en place un certain nombre de défenses dont « le désinvestissement de l'objet maternel et l'identification inconsciente à la mère morte »²¹³ et « le déclenchement d'une haine secondaire, qui n'est ni première ni fondamentale, mettant en jeu des désirs d'incorporation régressive, mais aussi des positions anales teintées d'un sadisme maniaque (...). »²¹⁴ Dans ce contexte, la figure de la « mère morte », vient entièrement occuper l'espace psychique :

Le parcours du sujet évoque la chasse en quête d'un objet inintrojectable, sans possibilité d'y renoncer ou de le perdre et sans guère plus de possibilité d'accepter son introjection dans le Moi investi par la mère morte. En somme, les objets du sujet restent toujours à la limite du Moi, ni complètement dedans, ni tout à fait dehors. Et pour cause, puisque la place est prise, au centre, par la mère morte.²¹⁵

Dans la perspective d'A. Green, c'est l'investissement d'objet lui-même qui se trouve oblitéré par le monopole exercé par la « mère morte » dans la psyché de l'enfant. Celle-ci vient opérer dans le psychisme comme un trou noir engloutissant et anéantissant toutes les facultés relationnelles du sujet :

Arrêtés dans leur capacité d'aimer, les sujets qui sont sous l'emprise d'une mère morte ne peuvent plus aspirer qu'à l'autonomie. Le partage leur demeure interdit. (...), l'amour est indisponible. (...). Il y a eu enkystement de l'objet et effacement de sa trace par désinvestissement, **il y a eu identification primaire à la mère morte et transformation de l'identification positive en identification négative, c'est-à-dire identification au trou laissé par le désinvestissement et non à l'objet. (...) Et à ce vide qui, périodiquement, dès qu'un nouvel objet est élu pour l'occuper, se remplit et soudain se manifeste par l'hallucination affective de la mère morte.** Tout ce qui s'observe autour de ce noyau s'organise dans un triple but :

- maintenir le Moi en vie : par la haine de l'objet, par la recherche d'un plaisir excitant, par la quête du sens ;
- ranimer la mère morte, l'intéresser, la distraire, lui rendre goût à la vie, la faire rire et sourire ;
- rivaliser avec l'objet du deuil dans la triangulation précoce.²¹⁶

²¹¹ GREEN, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris, Les éditions de minuit, 2004, pp. 229-230.

²¹² GREEN, A. (1983). *Ibid.*, p.231.

²¹³ GREEN, A. (1983). *Ibid.*

²¹⁴ GREEN, A. (1983). *Ibid.*, p.232.

²¹⁵ GREEN, A. (1983). *Ibid.*, p.234.

²¹⁶ GREEN, A. (1983). *Ibid.*, p.235.

Nous retrouvons ici, dans le discours des patients addictés, cette impossibilité de s'inscrire dans leur propre vie, comme sujet et auteur de celle-ci : les possibilités du monde et de la vie leur paraissent bien ternes. Peu d'expériences sont à même de leur procurer plaisir et satisfaction. Le clivage en question ne concernerait donc pas la seule différenciation moi/monde extérieur mais se situerait également à l'intérieur du psychisme, psychisme devenu un « *archipel* »²¹⁷ d'après la métaphore d'A. Green:

(...) la spécificité du clivage dans les cas-limites réside en ce qu'il se développe à deux niveaux : le premier entre le psychisme et le non-psychique (soma et monde extérieur), et le second à l'intérieur de la sphère psychique. Le clivage entre le dedans et le dehors constitue une enveloppe épurant les contours du Moi dont les limites sont mieux définies mais qui ne fonctionnent pas comme barrière protectrice. En fait, les frontières du Moi sont très précaires et le clivage suit les frontières du Moi dans leurs mouvements, non pas selon un comportement en rapport avec la situation, mais comme porté par une sorte de flux et de reflux, alternant entre l'expansion et/ou la rétractation, qui sont une manière de réagir à l'*angoisse de séparation* (perte) et/ou à l'*angoisse d'intrusion* (implosion). Cette variabilité des limites du Moi n'est pas ressentie comme un enrichissement de l'expérience, mais comme une ultime mesure défensive contre la désintégration ou la consommation. Cette enveloppe du Moi, cette barrière mouvante, protège imparfaitement un Moi vulnérable, à la fois rigide et sans cohésion.²¹⁸

Ce mouvement s'accompagne d'une désintrinsication-réintrinsication entre Eros et Thanatos :

On pourrait parler d'une double « narcissisation » du clivage, chaque noyau étant investi de narcissisme positif et isolé des autres par un investissement narcissique négatif, alors que, dans la normalité ou dans la névrose, un investissement narcissique unifié s'oppose aux investissements objectaux, positifs ou négatifs.²¹⁹

Dans cette perspective, la prise de produit permettrait de réintriquer pulsion de vie et pulsion de mort :

A la place de l'intrinsication pulsionnelle on est confronté à une antinomie entre deux espaces, deux plaisirs et deux buts : Eros et Thanatos s'appropriant chacun des deux territoires, dans l'espoir de réussir à déborder sur l'autre. Cet état de conflit permanent serait insoutenable s'il n'était jalonné par ces moments de trêve que permet la rencontre avec un objet, avec un but, avec une activité dont l'étrange particularité est d'être capable de satisfaire conjointement la visée d'Eros et de Thanatos. Le vécu passionnel apporte l'illusion d'une possible alliance pulsionnelle, alliance et illusion de courte durée, toujours à reconstruire, à retrouver.²²⁰

Nous pouvons voir dans le mouvement de désanimation, de chosification du monde qui se met en place l'ébauche de ce qu'André Green a conceptualisé par la suite sous l'appellation « narcissisme négatif ». Celui se définit de la façon suivante :

(...) le narcissisme négatif va vers l'inexistence, l'anesthésie, le vide, le blanc (de l'anglais *blank* qui se traduit par la catégorie du neutre), que ce blanc investisse l'affect (l'indifférence), la représentation (l'hallucination négative), la pensée (psychose blanche).²²¹

²¹⁷ GREEN, A. (1990). *Op.cit.*, p.155.

²¹⁸ GREEN, A. (1990). *Ibid.*, pp.154-155.

²¹⁹ GREEN, A. (1990). *Ibid.*, p.156.

²²⁰ AULAGNIER, P. (1979). *Op.cit.*

²²¹ GREEN, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris, Les éditions de minuit, 2004, p.39.

C'est un effet de neutralisation de la perception des qualités de l'objet et par là de sa possible inscription dans le registre objectal qui est à l'œuvre. Tout un pan de l'activité psychique est amputé et celle-ci, au lieu de viser l'activité de liaison, est dévouée à célébrer la catégorie du neutre, du non-être.

W. Bion théorise les choses en termes de retournement de la haine contre l'affectivité elle-même : « Les sentiments de haine se portent alors contre toutes les émotions, y compris la haine elle-même, et contre la réalité externe qui les suscite. De la haine des émotions à la haine de la vie elle-même, il n'y a qu'un pas. »²²²

Nous voyons comment la problématique de deuil à l'œuvre dans la psychè maternelle vient affecter tout le processus de représentation. En effet, la mère aux prises avec la problématique de deuil ne peut répondre aux besoins psychiques de l'*infans*. De plus, nous soulignons que ce sont les deux versants du pôle représentatif, le représentant-représentation et le représentant-affect qui vont se voir attaqués. Comment ce processus se traduit-il dans le discours du sujet addicté ? Comment le dispositif de l'entretien clinique, dispositif centré sur le pouvoir métaphorisant du mot peut-il être opérant ? Comment écouter un sujet qui ne dit ni ne demande rien ?

3.3. De l'injonction thérapeutique à l'écoute de la communication primitive

3.3.1 Un soin psychique sous contrainte est-il possible ?

C'est toujours sous la contrainte que le sujet addicté est amené à formuler une première demande de soin. L'homéostasie familiale, sociale, somatique, trouvée jusqu'alors par le sujet se trouve bouleversée : les parents découvrent les consommations de cannabis de leur enfant, une compagne se lasse de voir son conjoint se détruire, la police interpelle un sujet en possession de stupéfiants, l'employeur licencie le salarié qui a perdu son permis pour conduite en état d'ivresse, un héroïnomane contracte l'hépatite C...

²²² BION, W.R. (1967). *Réflexion faite*. Paris, Puf, 2001.p.120.

La première rencontre avec ces patients s'avère empreinte d'une forte tension. Les sujets sont en demande d'une solution, d'un retour à l'équilibre antérieurement connu, tout en sachant pertinemment qu'ils se trouvent mis « *au pied du mur* ». Les dettes envers le dealer se sont accumulées, allant souvent de pair avec un certain nombre de déboires judiciaires. La précarité menace, quand elle n'est pas déjà à l'ordre du jour. Les amis, la famille, le médecin traitant, l'employeur, la Justice posent des ultimatums.

Si le sujet addicté peine à énoncer une demande pour lui-même, il trouve néanmoins un certain soulagement dans cette contrainte au soin venue du dehors. Tous savent que dans le fond, « *cela ne pouvait plus continuer comme ça !* », qu'était venu le temps pour eux d'affronter leurs « *démons* ».

Lorsqu'on les questionne sur leur histoire, ces sujets affirment bien souvent n'avoir « *manqué de rien* » et avoir pris de « *mauvaises habitudes* ». Ils affirment être tombés dans « *le piège du produit* ». Parfois les patients évoquent les prises de produits comme des moments de repos, sorte de mise en parenthèse de la vie réelle, qui leur permet « *d'oublier* ». La plupart d'entre eux peinent à dire ce qu'il y a là à oublier. Ces patients décrivent une vie fort terne, sans émotions, sans passion, si ce n'est celle qui les lie à leur produit d'élection et aux moments d'éveil liée à la prise de produits. Le sujet s'éclipse bien vite entièrement recouvert par les consommations de produits. C'est le constat douloureux d'une grande désanimation psychique qui domine le tableau clinique. La plupart des patients sont, au moment de cette première prise de contact avec le Centre de Soins, dans un moment d'épuisement absolu, dans un moment où le renoncement devrait venir s'imposer, sans que cela ne soit tout à fait le cas.

La demande première du patient est souvent celle d'un traitement médicamenteux : il s'agit de mettre fin à cette course effrénée du toxique par la prise d'une autre substance chimique, rendant supportable l'absence dudit toxique. Cette demande est teintée d'ambivalence : les patients évoquent la hantise de tomber dans une nouvelle dépendance, celle inhérente au traitement médical qui serait réclamé par leur corps mais aussi, et cette crainte est souvent passée sous silence, au médecin et donc à l'autre, prescripteur de ce traitement.

La demande du sujet s'avère paradoxale et peut être formulée ainsi : « *aidez-moi à me passer de ce dont je sais ne pas pouvoir me passer* ». Cette demande se voit accompagnée d'un autre questionnement : le lien à un autre peut-il s'avérer digne de confiance ? ; questionnement lui-même assorti d'un défi : « *saurez-vous être pour moi aussi fiable que mon produit ?* ».

C'est en quelque sorte d'une véritable réinscription dans une communauté humaine dont il est question. Il est vrai que les patients témoignent, pour la plupart, d'une souffrance interne intolérable, inhumaine, est-on tenté de dire, en lien avec une véritable hémorragie psychique. L'image sociale du sujet addicté s'accompagne bien souvent de celle d'une figure monstrueuse aussi bien dans l'insupportable attaque du corps et de l'espace psychique dont témoignent les prises de toxique, que dans la valeur transgressive que celles-ci contiennent.

Dans ce registre, il s'agit également d'une figure parfois fascinante pour le sujet. Certains patients expliquent avoir cherché à aller vers les drogues « dures » et avoir été eux-mêmes captés par une fascination narcissique mortifère.

C'est au travers de la mise en jeu de leurs sensations corporelles que les patients se présentent à nous, dans le caractère honteux de leur aliénation au toxique. Cette honte viendrait témoigner dans leur discours d'une défaillance primordiale et d'une lâcheté fondamentale à affronter la vie et leurs états affectifs. La haine de soi vient toujours s'imposer dans le discours des sujets.

Le corps est au centre de la notion d'addiction et s'y trouve fort malmené aussi bien dans l'excitation et les sensations extrêmes procurées par la prise de produit que dans les affres des douleurs du manque. Le mode d'administration est lui aussi agressif, irritant pour le corps, que l'on considère les pratiques de sniff, d'injection ou encore de « binge-drinking ». L'étymologie du terme « addiction », dans son acception médiévale, est celle de la « contrainte par corps » exigée à l'encontre d'un débiteur ne pouvant honorer sa dette. D'ailleurs, le sujet addicté se trouve aux prises, de nos jours avec la contrainte « au soin », lorsqu'il se soumet à l'injonction thérapeutique.

Les psychologues cliniciens exerçant en CSAPA se voient régulièrement confrontés à un contexte de rencontre spécifique avec les patients toxicomanes ou alcooliques, contexte ordonné par l'autorité judiciaire et connu sous le terme « d'injonction thérapeutique ».

Ce dispositif de rencontre entre le sujet et le clinicien relève d'une situation clinique limite, au carrefour de la Justice, du Soin, de la déontologie du psychologue et de l'éthique du psychologue clinicien travaillant avec la psychanalyse.

En effet : comment le psychologue peut-il penser une rencontre clinique avec un sujet, entièrement créée par une contrainte pénale ?

Pour tenter de penser cette question, il s'agit de commencer par expliciter plus avant en quoi consiste ce dispositif dit « d'injonction thérapeutique », dispositif à la fois légal et sanitaire tel que déployé dans la loi du 31 décembre 1970, qui concerne spécifiquement la situation des patients consommateurs de produits illicites. Toutefois, ce dispositif vient aujourd'hui concerner également les sujets alcooliques ayant commis des actes délictueux.

La consommation de produits illicites relève d'une transgression de la loi française, la loi du 31 décembre 1970, et constitue un délit passible au maximum d'un an d'emprisonnement assorti ou non d'une amende. Toutefois, cette disposition législative répressive est accompagnée d'une disposition d'ordre sanitaire, comme le stipule le Code de la Santé Publique : « Une personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants bénéficie d'une prise en charge sanitaire organisée par l'agence régionale de santé »²²³ Il est également précisé que :

Le procureur de la République peut enjoindre à la personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants (...) de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique prenant la forme d'une mesure de soins ou de surveillance médicale (...) L'action publique n'est pas exercée à l'encontre des personnes qui se soumettent à la mesure d'injonction thérapeutique qui leur est ordonnée et la suivent jusqu'à son terme²²⁴

Dans les faits, il est laissé au magistrat la possibilité d'ordonner au citoyen en infraction avec la législation sur les stupéfiants, d'entreprendre une démarche de soins en lieu et place d'une sanction pénale ou du paiement d'une amende. L'alternative est la suivante : soit le sujet décide de s'inscrire dans le dispositif de soin, soit il assume les conséquences pénales de son infraction, conséquences pouvant aller jusqu'à prendre la forme d'une incarcération.

Ceci n'est pas sans poser au psychologue clinicien un premier problème éthique : comment le psychologue peut-il accueillir un sujet, venu le consulter pour échapper à une sanction pénale ?

En effet, pour le psychologue, il est sur un plan déontologique a priori fort difficile de prendre en charge un sujet venu le consulter sur injonction. La question de la démarche personnelle du sujet, de sa demande singulière est essentielle dans la prise en charge psychologique et vient s'inscrire très précisément dans le code de déontologie des

²²³ Code de la Santé Publique (2010). Article L3411-1.

²²⁴ Code de la Santé Publique (2007). Article L3423-1.

psychologues : « Le psychologue (...) n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées. (...) Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même. »²²⁵

Dans le contexte de l'injonction thérapeutique, le psychologue clinicien se trouve ici dans une situation clinique limite dans laquelle le sujet ne vient pas consulter librement mais sous une forte contrainte, celle de la Justice. Il semble bien à première vue, que dans ce cas, la Justice vienne elle-même en contradiction avec la déontologie, telle qu'énoncée dans le code de déontologie des psychologues.

Ceci vient mettre au premier plan un certain nombre de questions éthiques pour le psychologue clinicien amené à rencontrer ce type de situation : Est-il possible de penser notre place de clinicien et d'accepter cette modalité si particulière de rencontre avec ce type de patients ? Comment conserver pleinement notre positionnement professionnel de psychologue clinicien sans entrer dans une logique d'instrumentalisation ou d'opposition à la Justice ? Comment pouvons-nous faire entrer dans le champ de la subjectivité un sujet qui affirme haut et fort qu'il consulte le psychologue sous la contrainte, « *parce qu' [il n'a] pas eu le choix* » ?

En premier lieu, nous pouvons penser comme un symptôme du sujet, non pas son addiction, mais cette situation particulière, celle pour le sujet de ne pouvoir formuler une demande de soins que par la seule voix autoritaire et contraignante de la mesure judiciaire.

En effet, nous pouvons considérer, bien que le patient affirme le contraire, qu'il a choisi de venir consulter le centre de soins. Nous pouvons aussi penser que ce choix est finalement celui d'une décision plutôt saine, en ce sens qu'elle demeure porteuse d'espoir. Là où la sanction pénale vient mettre en quelque sorte un point d'arrêt, la proposition soignante permet de faire émerger un autre espace, un espace nouveau pour ce « délinquant » devenu finalement « patient » et par là, potentiel sujet d'une souffrance porteur d'un symptôme dont les significations seront source d'une quête impliquant le sujet et le clinicien.

Encore faudra-t-il, et la tâche est souvent immense, que le sujet puisse se saisir après-coup, de cette demande dont il n'est pas l'auteur explicite. C'est ici un pari qu'il nous faut faire, pari risqué, aussi bien pour le sujet qui se risque à se saisir du soin et de la relation au clinicien qu'il implique, que pour le clinicien lui-même. En effet, la tentation est grande, dans la relation

²²⁵ Code de déontologie des psychologues (1996)

au patient toxicomane venant consulter le psychologue dans un tel contexte, de tomber dans une opposition radicale entre loi judiciaire et éthique professionnelle. Comme je le rappelais précédemment, l'injonction thérapeutique, dans le champ de la psychologie, apparaît en premier lieu comme un parfait contre-sens. C'est ainsi le rapport singulier du clinicien à la loi et à ce type de dispositif qui va être fortement et parfois violemment sollicité. Si J. Bergeret affirme que : « le narcissisme intrinsèque du corps médical s'accommode mal d'un rôle qui consisterait à exécuter une sorte de sanction sociale édictée par des magistrats »²²⁶, il en va de même quant au narcissisme du psychologue clinicien.

Cette question ne peut prendre sens que dans l'invitation du clinicien à penser avec le patient cette prise de contact très particulière avec le soin, dans une confrontation avec la loi, et à la considérer comme venant en quelque sorte faire symptôme. Dès lors, nous devons nous poser, le « nous » concernant aussi bien le patient que le clinicien, la question suivante : Comment cette injonction thérapeutique vient-elle s'inscrire dans l'économie psychique du sujet ?

Il va s'agir, pour le psychologue clinicien, de proposer d'abord un espace de parole apte à supporter que le sujet ne puisse être, dans un premier temps, l'auteur d'une demande de soins, demande que la Justice a déjà formulée pour lui. C'est en quelque sorte en acceptant de voir transgressé, paradoxalement par la Justice, le cadre dit « classique » de rencontre entre le sujet et le psychologue qu'un cadre d'un soin véritable et libre pourra être construit, aussi bien pour le patient que le psychologue.

Il nous faut ici souligner que le temps de la confrontation à la loi et que le temps du soin ne vont pas forcément de pair pour le sujet. Et c'est d'abord ce temps de la confrontation du sujet à la loi que le clinicien va devoir respecter, comme faisant également partie de la problématique singulière du sujet, problématique que le sujet ne manquera pas de solliciter du côté du clinicien. Comme le souligne J. Bergeret : « Les rapports entre magistrats et praticiens ne sont pas toujours les meilleurs et le toxicomane est toujours habile à exploiter (...) toute conflictualisation latente qu'il perçoit très vite. »²²⁷

Néanmoins, c'est grâce à cette première élaboration, quand elle peut avoir lieu, que le symptôme-addiction entre sur la scène psychothérapeutique.

²²⁶ BERGERET, J. (1983). Toxicomanes et Délinquants. In *Bulletin de Psychologie*, Tome 36, n°359, pp. 225-232, p. 226.

²²⁷ BERGERET, J. (1983). *Ibid.*

C'est bien souvent dans un deuxième temps que la question de l'addiction et de sa fonction dans l'économie psychique singulière du sujet pourra être évoquée. Le patient et le clinicien vont devoir voguer d'une première injonction initiée par la Justice que l'on pourrait énoncer de la façon suivante : « *soignez ce que vous savez ne pas vouloir soigner* » à une seconde demande, cette fois celle du sujet consommateur de produits illicites, adressée au clinicien et que nous avons décliné ainsi : « *aidez-moi à me passer de ce dont je sais ne pas pouvoir me passer* ».

Dans ce contexte, il est nécessaire de souligner combien il est absolument indispensable, pour le psychologue, afin de créer un espace de pensée et par là de liberté et de créativité, dans cette situation d'injonction thérapeutique, de supporter psychiquement le paradoxe consistant à dire que c'est l'injonction thérapeutique qui à la fois permet et fait obstacle à la rencontre. Il va lui falloir supporter la présence du tiers de la Justice dans le suivi psychothérapeutique, tout en reconnaissant que c'est ce tiers qui est à l'origine de la rencontre et du travail psychothérapeutique engagé. Le clinicien se voit ici dans l'obligation éthique de se voir fonctionner dans la dépendance inhérente à ce dispositif et d'accepter de venir interroger en lui, les effets de cette dépendance.

Nous allons à présent voir pourquoi ce questionnement est également présent dans l'activité du psychologue clinicien en institution.

3.3.2 Le transfert fondamental

Comme je l'évoquais au tout début de ce travail, l'institution dans laquelle j'exerce impose au patient souhaitant débiter une prise en charge, un entretien que j'appelle « entretien d'accueil » avec un psychologue clinicien. C'est à la suite à cet entretien que le psychologue oriente le patient vers les autres intervenants du Centre de Soins. La question d'un suivi psychothérapeutique fait l'objet d'un autre entretien, où seront discutés, les différents éléments du dispositif psychothérapeutique.

L'élaboration de mon positionnement au sein de ce dispositif de rencontre, dans une logique d'inversion de la demande, comme pour l'injonction thérapeutique, m'a amenée à me questionner sur la place du psychologue dans le dispositif institutionnel.

En effet, il a été nécessaire pour moi, pour prendre ma place dans ce dispositif institutionnel, de reconnaître que mon travail auprès de ces patients dépendait du travail de chacun de mes collègues. Au moment où j'écris ces lignes, cette véritable reconnaissance de dette à l'égard de chacun des membres de l'équipe, me paraît relever de l'évidence la plus élémentaire. Néanmoins, elle a été le fruit d'un travail de réflexion parfois douloureux quant à mes propres limites.

J'avoue que dans un premier temps, j'ai été très gênée par le caractère obligatoire de ce rendez-vous, dans la mesure où il me paraissait fort difficile de conditionner l'accès à une prise en charge à un rendez-vous avec un psychologue, quel que soit le bien-fondé de ce dispositif. Je trouvais que le caractère imposé de la consultation venait me faire violence et faire violence au sujet.

Je craignais de tomber dans une certaine forme de toute-puissance, sentiment amplifié par le grand pouvoir accordé aux analyses du psychologue dans la dynamique institutionnelle. De plus, un certain nombre de situations, comme celle de Michel, m'avaient renvoyée de façon parfois violente, à la question de la séduction dans la relation patient-psychologue et qu'il m'a fallu plusieurs années de pratique clinique pour pouvoir élaborer quelques éléments d'appui dans ce registre.

En effet, il me semble aujourd'hui qu'un travail psychothérapeutique mené avec les sujets addicts ne peut avoir lieu qu'en institution. Il m'a ainsi fallu reconnaître ma propre dépendance au cadre institutionnel, ce dernier conditionnant les possibilités d'existence de mon propre travail de psychothérapeute auprès des patients.

Toutefois, j'ai rapidement constaté que ce cadre était très bien admis par les patients et ne venait jamais constituer un obstacle à leur démarche de soin, bien au contraire. Cette première rencontre avec le psychologue prend souvent une coloration initiatique dans le discours du sujet. C'est-à-dire que ce cadre étant identique pour chacun, puisque imposé par l'institution, il prend parfois la signification d'un rituel de passage, qui m'a fait penser aux prises de toxique à l'adolescence, qui viennent parfois inscrire le sujet dans une communauté. La réponse du sujet à cette demande de l'institution vient lui permettre de cristalliser son inscription dans une communauté, celle des patients du Centre de Soins, Centre de Soins qui deviendra l'objet d'un transfert de la part du sujet.

Pour beaucoup, le caractère obligatoire de cette rencontre permet également de dédramatiser l'entretien avec le psychologue. Beaucoup de patients ne se seraient pas offerts cette possibilité si toute l'initiative de la rencontre avait été à leur charge. La demande faite par l'institution, d'un premier rendez-vous avec un psychologue, permet au sujet de déléguer une part de la question de sa demande à l'Institution, comme il délègue son travail de pensée au produit.

J'ai compris après-coup que mes réticences à me situer dans cette logique que je percevais comme une logique de contrainte, qu'elle vienne de la Justice ou de l'Institution, témoignaient d'un mouvement de phobie d'emprise. Cette phobie d'emprise, que j'avais un temps déniée, s'est avérée relever d'une « phobie du transfert des patients »²²⁸.

La rencontre avec le sujet addicté s'est avérée traumatisante pour moi en ce qu'elle m'a confrontée à un réel sentiment de détresse. Je me sentais, en face de ces sujets, totalement impuissante. Comment pouvais-je venir soulager leur souffrance alors que, de toute évidence, je n'en avais ni les moyens psychiques, ni les outils adaptés.

Comme le souligne si pertinemment F. Brelet-Foulard, dans la rencontre avec le sujet addicté, « *Narcisse accapare le micro.* »²²⁹ Je suis tentée d'ajouter que si « *Narcisse accapare le micro* », c'est bien souvent dans un silence assourdissant. En effet, comment le sujet pourrait-il énoncer la souffrance relative aux conséquences d'un événement non advenu, celui de sa naissance psychique avortée ? Comme nous l'apprend Ferenczi :

Il se peut (...) que certains contenus psychiques inconsciemment pathogènes datant de la prime enfance, qui n'ont jamais été conscients (ou préconscients), mais proviennent de la période des « gestes incoordonnés » ou des « gestes magiques », donc de l'époque antérieure à la compréhension verbale, ne puissent pas être remémorés mais seulement *revécus* au sens de la répétition freudienne.²³⁰

Ferenczi s'est attaché à comprendre les situations dans lesquelles la technique psychanalytique classique ne fonctionnait pas. Son œuvre témoigne d'une exigence certaine quant à l'efficacité thérapeutique de la psychanalyse.

²²⁸ DENIS, P. (2010). *Rives et Dérives du contre-transfert*. Paris, Puf, 2015, p. 69.

²²⁹ BRELET-FOULARD, F. (2001). *Op.cit.*, p.72.

²³⁰ FERENCZI, S. (1921). Prolongements de la « technique active » en psychanalyse. In *Psychanalyse III*, Paris, Payot, 2003, 117-133, p. 133.

Dans son article « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », Ferenczi s'interroge sur les origines « des échecs ou résultats thérapeutiques incomplets »²³¹ du processus psychanalytique en insistant sur l'importance du facteur traumatique dans les névroses :

Le fait de ne pas approfondir suffisamment l'origine extérieure comporte un danger, (...). Les manifestations que je qualifierais d'impressionnantes, les répétitions quasi hallucinatoires d'évènements traumatiques, qui commençaient à s'accumuler dans ma pratique, autorisaient l'espoir que, grâce à une telle abréaction, des quantités importantes d'affects refoulés s'imposent à la vie affective inconsciente, et puissent bientôt mettre fin à l'apparition des symptômes (...).²³²

Ses investigations l'amènent à montrer comment le trauma, peut détruire le psychisme de l'enfant :

Si les chocs se succèdent au cours du développement, le nombre et la variété des fragments clivés s'accroissent, et il nous devient rapidement difficile, sans tomber dans la confusion, de maintenir le contact avec les fragments, qui se comportent tous comme des personnalités distinctes qui ne se connaissent pas les unes les autres. Cela peut finalement déterminer un état que l'on peut, sans crainte, désigner comme une atomisation (...).²³³

Ainsi, l'enfant se trouve aux prises avec un éprouvé de mort psychique, pouvant l'amener, paradoxalement l'amener à développer en catastrophe des capacités latentes : « Une détresse extrême, et surtout, l'angoisse de la mort, semblent avoir le pouvoir d'éveiller et d'activer des dispositions latentes, non encore investies, et qui attendaient leur maturation en toute quiétude. »²³⁴

Dans ce contexte d'urgence absolue, d'agonie psychique, la personnalité de l'enfant se voit fragmentée, dans le mécanisme notamment d'identification à l'agresseur, identifié par Ferenczi :

La peur devant les adultes déchaînés, fous en quelque sorte, transforme pour ainsi dire l'enfant en psychiatre ; pour se protéger du danger que représentent les adultes sans contrôle, il doit d'abord s'identifier totalement à eux.²³⁵

Quel que soit le contexte de la situation traumatique, Ferenczi met au jour ce mécanisme d'identification à l'agresseur, vécu par l'enfant, accompagnant les tentatives de maîtrise et de réparation de la folie de l'adulte. Mais pour parvenir à ce mécanisme, le psychisme de l'enfant

²³¹ FERENCZI, S. (1933). Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. In *Psychanalyse, IV*, Paris, Payot, 2005, 125-135, p. 125.

²³² FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*

²³³ FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*, p. 133.

²³⁴ FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*, pp. 132-133.

²³⁵ FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*, p. 133.

se trouve amputé de son soi authentique et met toutes ses capacités psychiques au service de la réparation de la problématique de l'adulte, en mettant ses propres besoins de côté :

A côté de l'amour passionné et des punitions passionnelles, il existe un troisième moyen de s'attacher un enfant, c'est le *terrorisme de la souffrance*. (...) Une mère qui se plaint continuellement de ses souffrances peut transformer son enfant en une aide-soignante, c'est-à-dire en faire un véritable substitut maternel, sans tenir compte des intérêts propres de l'enfant.²³⁶

Dans le transfert avec les sujets addicts que j'ai été amenée à rencontrer, est venue se réactiver cette urgence de la pensée à l'œuvre dans la situation traumatique décrite par Ferenczi. En effet, si je pouvais commencer à entendre l'éprouvé de mort psychique à l'œuvre chez ces sujets, je me sentais totalement impuissante à pouvoir venir le soulager. Je commençai ainsi à pouvoir entendre le bébé dans l'adulte. Néanmoins, cette rencontre avec l'*Hilflosigkeit* me renvoyait à un profond sentiment de détresse, en lien avec ma supposée impuissance à soulager la souffrance de ces bébés dans les adultes que je rencontrais.

Mon mouvement de phobie d'emprise, perçue comme un évitement de cette situation de détresse, relevait également d'un mouvement d'identification à l'agresseur. Je me comportais ainsi à l'égard de mes patients comme une mère endeuillée incapable de venir exercer la vitale séduction requise dans le processus de naissance psychique. Cette séduction est également mise en jeu dans la relation entre le psychologue clinicien : « S'il est une forme de séduction légitime à laquelle se livre l'analyste, c'est de (...) conduire [le sujet] à s'intéresser à son propre fonctionnement psychique. »²³⁷

Comme tout notre travail de pensée le souligne et contrairement aux apparences, le transfert à l'œuvre chez le sujet addicté est d'une extrême massivité, révélant la présence de fantasmes archaïques d'écorchage et de vampirisme.

Ce transfert confronte le clinicien à des catégories difficiles à appréhender sur le plan psychique. Comme le soulignent A. De Mijolla et V. Shentoub : « Il ne faut pas réveiller les fantômes, et mieux vaut parler de plaisir et de désir, même si c'est pour n'en rien dire, que de mort. »²³⁸

²³⁶ FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*

²³⁷ DENIS, P. (2010). *Op.cit.*, pp. 57-58.

²³⁸ DE MIJOLLA, A, SHENTOUB, S.A. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris, Payot & Rivages, 2004. Cités par DESCOMBEY, J-P. (2004). La répétition des contre-attitudes. In *Psychotropes*, Vol 10, 83-101, p. 91.

Le transfert dans les situations limites a été conceptualisé par R. Roussillon sous la désignation de « *transfert passionnel* » et se voit caractérisé par un « *amour destructeur* »²³⁹ :

Ceci doit être entendu au-delà des processus d'idéalisations classiquement décrits dans l'état amoureux, mais bien dans le sens du transfert d'un état confusionnel resté clivé des processus intégratifs principaux, et qui a, de ce fait, échappé au refoulement originaire « après coup ». En d'autres termes, je ferai de ce type de transfert passionnel une manière de raviver une zone traumatique enkystée dans le narcissisme primaire.²⁴⁰

Cette désignation nous a semblé un temps correspondre à notre expérience clinique, néanmoins, nous avons plutôt choisi de reprendre, dans notre travail de pensée, la conceptualisation développée par J. McDougall, celle d'un transfert « fondamental ». Ce concept nous semble mieux rendre compte de ce qui est à l'œuvre spécifiquement dans le transfert du sujet addicté.

D'abord, parce qu'il reflète le caractère extrêmement archaïque des fantasmes déployés chez ces sujets. Ensuite parce que la problématique addictive s'origine dans les tout premiers temps de fondement du narcissisme, compris comme fruit d'une psychisation primitive des limites du moi. Enfin parce que J. McDougall insiste sur l'importance du contre-transfert comme vecteur de la « communication primitive » du sujet.

J. McDougall désigne sous le terme de « communication primitive » la façon spécifique dont ces sujets utilisent le langage « comme un acte » :

(...) à son insu aussi bien qu'au nôtre, [le sujet] est en train de nous révéler, au travers de sa parole et non grâce à elle et à son sens latent, les débris d'une expérience catastrophique, subie dans son vécu relationnel précoce à un moment où il était incapable de contenir, et d'élaborer psychiquement ce qu'il éprouvait (...) On découvre que tout lien avec un émoi, une situation ou représentation risquant de faire revivre la situation catastrophique originelle est immédiatement brisé, évacué de la psychè, de telle façon que le sujet souffre d'un véritable *trouble au niveau de la pensée verbale*.²⁴¹

Dans ce contexte, le contre-transfert devient lieu d'accueil et, partant, de possible métabolisation de la détresse originellement vécue par le sujet :

Pour certains patients, c'est la parole elle-même qui, à l'intérieur de la situation d'analyse devient cet acte, un discours qui ne cherche pas tant à communiquer quelque chose à l'analyste qu'à lui faire *éprouver* quelque chose, quelque chose qui n'a pas encore de nom, et par quoi il ne veut pas être lui-même être saisi.²⁴²

²³⁹ ROUSSILLON, R. (2013). *Op.cit.*, p. 223.

²⁴⁰ ROUSSILLON, R. (2013). *Ibid.*, p. 227.

²⁴¹ MACDOUGALL, J. (1978). *Op.cit.*, 2005, p.120.

²⁴² MACDOUGALL, J. (1978). *Ibid.*, pp.121-122.

Encore faut-il que l'analyste puisse supporter d'accueillir en lui un tel agrippement :

L'analyste, dans ce genre de situation, a souvent l'impression d'être sollicité sans répit, et en même temps contre-carré dans toute tentative d'interpréter ce qui se dit. Il est, en fait, à l'écoute d'une communication primitive – au sens où l'on pourrait dire qu'un enfant qui pousse des hurlements est en train de « communiquer » quelque chose, pour autant qu'il se fasse une représentation d'un Autre qui l'entend.²⁴³

Dans ce contexte, l'écoute de l'analyste consiste dans sa capacité à « entendre », à accueillir en lui-même, dans le contre-transfert, les hurlements de décharge d'une psychè *hilflos*, en attente d'être accueillie par la psychè maternelle :

Il s'agit en premier lieu d'une décharge des tensions douloureuses par la voie d'une parole dont la visée occulte est avant tout de *partager* ce qui est encore indicible : parole qui tend vers la communion du vécu plutôt que vers la communication des idées : demande d'être *entendu* plutôt que d'être *écouté*²⁴⁴

C'est-à-dire que l'analyste va devoir supporter en lui l'insupportable d'une détresse restée non soulagée, non métabolisée, ce qui n'est pas sans réactiver les restes de sa propre détresse infantile non élaborée, de son « narcissisme négatif » pour reprendre l'expression d'A. Green. Et dans le même mouvement, l'analyste ne peut entendre la communication primitive du sujet qu'en acceptant de voir réactiver en lui les traces de sa propre détresse infantile.

En d'autres termes, c'est en investissant les traces de l'inalysable en lui que l'analyse pourra, par cet investissement, en quelque sorte répondre présent :

De toute façon, accepter de contenir les émois dont le sujet ne sait que faire, qu'il ne peut même pas exprimer, sinon en les faisant subir (muettement) au thérapeute, montrer qu'ils sont reconnus, compris (au sens étymologique), identifiés, verbalisables, restituables au sujet avec le « pansement psychique » que constitue l'attitude du thérapeute est le seul moyen de sortir, pour l'un comme l'autre, de la répétition mortifère.²⁴⁵

Ainsi, l'accueil, dans le contre-transfert, de la détresse primitive du sujet vient signer la reconnaissance, pour le sujet de l'existence du trauma à l'œuvre dans sa psychè. Il conditionne un possible contact, une rencontre dans la relation psychothérapeutique. Il vient signer la possibilité pour le sujet de peut-être vivre dans le transfert l'éprouvé de mort psychique à l'œuvre dans la crainte de l'effondrement.

Mais pour ce faire, encore faut-il que le psychologue puisse supporter les attaques des sujets addictés. Ces attaques nous amènent à revisiter nos propres fondements narcissiques,

²⁴³ MACDOUGALL, J. (1978). *Ibid.*, p.122.

²⁴⁴ MACDOUGALL, J. (1978). *Ibid.*, p.133.

²⁴⁵ DESCOMBEY, J-P. (2004). *Op.cit.*, p.6

bien évidemment sur un plan personnel, mais également quant à notre confiance dans notre processus de pensée, quant à la fiabilité de notre interlocuteur interne, pour reprendre la perspective développée par J-F. Chiantaretto :

Le dialogue intérieur de l'analyste conditionne, chez les patients dominés par une problématique limite, l'expérience de l'intériorité comme espace de l'entre-deux, de l'écart intérieur entre soi et l'autre, de la tension entre les pôles masculin et féminin croisés avec les figures paternelle et maternelle de la séparation et de l'accueil. Ce dialogue intérieur prend en charge en l'analyste la confrontation entre la demande transférentielle et l'offre contre-transférentielle. L'analyste se parle pendant la séance, autre manière de dire qu'il écoute son écoute, que son écoute a besoin d'un interlocuteur interne, semblable différent en soi qui ouvre l'au-delà à l'intérieur de soi, dans les mots, à travers l'expérience du deux en un.²⁴⁶

Autrement dit, la relation psychothérapeutique avec le sujet addicté, nous invite à investir les limites de notre narcissisme de clinicien, comme conditionnant l'existence de notre travail de pensée avec le sujet. Ce travail de pensée revêt une dimension performative, dans le sens où il nous permet d'accueillir la souffrance du sujet dans ses aspects les plus attaquants quant à notre travail de pensée. Ainsi :

(...) la scène analytique se joue à quatre et non pas à deux, activant l'altérité interne de l'analyste et de l'analysant. À ceci près que, pour un patient aux prises avec une problématique limite, le contact avec son altérité interne doit être (r)établi dans et par l'attaque de l'altérité interne de l'analyste.²⁴⁷

Dans cette perspective, la conception du contre-transfert comme lieu d'accueil et d'élaboration de l'attaque de notre altérité interne à l'œuvre dans la communication primitive du sujet, nous permet de transformer en appel les cris du bébé en détresse dans le sujet. Nous voyons mieux comment cette perspective permet au psychologue de se situer dans une situation d'« emprise croisée » et non plus dans une forme de phobie d'emprise réactivant le trauma infantile.

Au vu des enjeux extrêmement archaïques à l'œuvre dans la rencontre entre le sujet addicté et le psychologue clinicien, nous voulons souligner ici combien la prise en charge institutionnelle vient conditionner la possibilité de la rencontre. Cet enjeu s'avère particulièrement saisissant dans la prise par les sujets dépendants aux opiacés de ce que l'on désigne aujourd'hui sous le terme de « traitement de substitution ».

²⁴⁶ CHIANTARETTO, J-F. (2017). Deux en un, un pour deux : l'interlocution interne de l'analyste en question. In *Père ou mère : Entre bisexualité psychique et différence des sexes*, Toulouse, Erès, pp. 135-152, p. 146.

²⁴⁷ CHIANTARETTO, J-F. (2017). *Ibid.*, p. 152.

3.3.3 L'intérêt du traitement de substitution dans le dispositif psychothérapeutique

La spécificité des CSAPA dits « à orientation toxicomanie » réside dans leur habilitation à initier et délivrer les Traitements de Substitution aux Opiacés.

L'émergence dans les années 1990 des traitements dits de « substitution » a été une véritable révolution dans la prise en charge des sujets consommateurs d'opiacés (morphine, héroïne, codéiné).

Ces molécules sont apparues dans un contexte de catastrophe sanitaire liée à l'épidémie de SIDA. Cette maladie touchait de façon préférentielle les patients injecteurs d'opiacés, qui via le partage de seringues, se contaminaient les uns les autres²⁴⁸. Les Centres de Soins ont vu à cette époque la population des patients être littéralement décimée par les ravages de la maladie.

Avant cette période, les patients héroïnomanes étaient le plus souvent soumis à un impératif d'abstinence totale et seule une prise en charge en milieu hospitalier leur était proposée avec pour seule perspective un sevrage.

Comment agissent ces traitements de substitution ? Ces molécules visent le soulagement des souffrances liées au manque physiologique apparaissant généralement dans les 24 heures après la dernière prise d'opiacés. Ce syndrome de manque est très difficile à supporter pour les sujets. A une angoisse souvent massive vient s'adjoindre un certain nombre de symptômes physiologiques pouvant aller du simple désagrément à une hyperalgésie rendant insupportable cette période de sevrage. Bien des patients ayant tenté un sevrage « à la dure » ou encore « cold turkey », gardent un souvenir cauchemardesque de cette épreuve²⁴⁹, qui n'a, qui plus est, pas eu les effets escomptés dans le temps, en termes d'abstinence.

Deux molécules sont principalement utilisées dans le cadre de cette prise en charge. La buprénorphine haut dosage est souvent mieux connue sous la marque sous laquelle elle a longtemps été commercialisée, à savoir le Subutex. Elle se présente sous la forme d'un comprimé et doit être prise quotidiennement, parfois plusieurs fois par jour, en sublingual. De nombreux patients détournent son usage pour retrouver une sensation de « montée » du produit en broyant le comprimé et en le sniffant, ou encore en l'injectant.

²⁴⁸ C'est d'ailleurs ce qui a amené les pouvoirs publics à développer la politique dite de « Réduction Des Risques » permettant, entre autres, aux patients injecteurs d'avoir accès gratuitement à du matériel d'injection stérile. La RDR vise principalement à réduire les risques létaux liés à l'usage de produits licites et illicites.

²⁴⁹ La scène du film *Trainspotting*, où le personnage principal subit ce type de sevrage est à cet égard assez éloquente et bien représentative des souffrances tant physiques que psychologiques vécues par les patients.

La seconde molécule est également bien connue, il s'agit de la méthadone. La méthadone a une action plus longue sur la durée que celle de la buprénorphine. Elle est très difficilement injectable car elle se présente sous la forme d'un sirop. Nous reviendrons par la suite sur la fonction de ces traitements de substitution dans la prise en charge des sujets dépendants aux opiacés.

L'autorisation de prescription de la buprénorphine et de la méthadone a permis aux médecins-addictologues de proposer des molécules aptes à soulager le syndrome de manque vécu par les patients. Néanmoins, si ces molécules soulagent le patient des souffrances liées au manque, elles maintiennent activés les mécanismes à l'œuvre dans la dépendance.

En effet, il est important de ne pas sous-estimer la réalité de la dépendance physiologique maintenue par ces traitements. Dans ce contexte, la substitution opérée permet l'accès aux soins, mais ne règle pas la question de la dépendance du sujet. Elle déplace la question sur une autre « scène », tout en ne déposédant pas le sujet des mécanismes de survie psychique que nous avons tenté de décrire.

Pour les patients les plus précaires sur le plan psychique, la délivrance de ce traitement est devenue comme un « fil rouge » dans la prise en charge institutionnelle, permettant de les inscrire dans une certaine continuité. C'est d'ailleurs ce qui permet à ces sujets de préserver leur consommation d'héroïne, le plus souvent le week-end, lorsque le Centre de Soins est fermé. Dans ce contexte, le traitement de substitution permet de proposer au sujet de s'inscrire dans une autre temporalité, de différer et de s'essayer à une prise de produits soulageant le manque physiologique sans exacerber les sens.

Il s'agit ici de troquer une part de la relation au toxique contre une certaine dose de sécurité, ce qui n'est pas sans évoquer le renoncement pulsionnel à l'œuvre dans le travail de la civilisation. De plus, les traitements de substitution offrent du temps et une relative sérénité aux soignants en diminuant les risques létaux liés aux prises d'héroïne. Cette dimension est loin d'être négligeable, surtout lorsque l'on considère l'intensité et la complexité des angoisses à l'œuvre chez les sujets addicts.

Comme le souligne C. Colbeaux :

La méthadone modifie profondément l'espace-temps du sujet. (...) Le nyctémère reprend ses droits et la vie relationnelle peut s'inscrire dans le long terme. La délivrance en

centre -idéalement quotidienne dans les premiers temps- est en soi un temps de parole dans lequel se met en mots cette nouvelle temporalité.²⁵⁰

La délivrance du traitement est réalisée par l'équipe infirmière et permet une rencontre régulière, parfois quotidienne, avec les intervenants du Centre de Soins. Ces rencontres ne se limitent évidemment pas à une simple délivrance de traitement, elles sont autant d'occasions de créer du lien, de réassurer le sujet mais aussi de l'adresser aux autres professionnels du Centre de Soins quand cela est nécessaire.

De plus, c'est avec leur soutien, que le sujet pourra, par la suite, réaliser un sevrage très progressif du traitement de substitution. Cette relation d'étayage et de réassurance est absolument primordiale pour ces patients. Entre les mains de la mère (les infirmières) et la voix du père (le médecin), voici où vient se loger l'espace psychothérapeutique.

Comme nous l'évoquions à travers le cas de François, le sujet dépendant d'une substance chimique, considère que sa consommation de produits est nécessaire à sa survie psychique. Dans ce contexte, la prescription du traitement de substitution est une reconnaissance symbolique d'un besoin vital chez le sujet et vient répondre à ce besoin. C'est dans ce contexte, que nous n'opérons pas de distinction ferme entre dépendance physiologique et dépendance psychique dans la mesure où la construction de la psychè s'étaye sur la « capacité de rêverie maternelle » accompagnant la satisfaction des besoins vitaux de l'*infans*.

Les sujets addicts peinent à s'inscrire dans le dispositif psychothérapeutique. Ces patients sont réputés pour leurs absences aux rendez-vous. Néanmoins, l'étayage sur la dispensation du traitement de substitution délivré par l'équipe infirmière est souvent fort utile et permet d'instaurer une intéressante rythmicité dans la psychothérapie. Ainsi, c'est souvent la prise du traitement qui rend possible, pour le sujet, la présence aux entretiens avec le psychologue clinicien.

De plus, l'entretien infirmier réalisé avec eux au moment de la délivrance de leur traitement est un soutien indispensable qui leur permettait de venir s'essayer à la relation psychothérapeutique. Cet entretien infirmier permet à certains de supporter le cadre psychothérapeutique dans la mesure où il permet un certain retour à la réalité. Pour d'autres, le fait de pouvoir prendre leur traitement juste avant l'entretien psychologique est ce qui permet au sujet venir parler, en mettant en jeu, a minima, la sensorialité pensante. Ainsi,

²⁵⁰ COLBEAUX, C. (2009). *Op.cit.*, p. 182.

apparaît un premier élément de compréhension du caractère réellement étayant pour le sujet de la prise de traitement, alliée à la venue en entretien avec le psychologue clinicien. Comme le formule S. Le Poulichet :

A propos de la position adoptée face à la drogue, (...) le thérapeute n'entend pas la question singulière qui lui est adressée s'il se précipite systématiquement à organiser l'exclusion du « corps étranger toxique » (...). Un premier piège serait ainsi de cristalliser la rencontre avec le thérapeute autour de ce tiers à exclure, c'est-à-dire de figer un scénario de lutte imaginaire entre le thérapeute et un philtre magique.²⁵¹

C'est l'occasion, pour le clinicien, de proposer au sujet une première mise en mots de ce qu'il ressent en prenant ce traitement et par là d'accompagner par les mots la satisfaction d'un besoin vital, ce qui n'est pas sans nous rappeler la situation *mère-infans*. Il s'agit là d'une certaine forme de maternage psychique. Il va falloir, dans certaines situations, accepter que ce processus fasse partie intégrante du processus psychothérapeutique.

Ce travail de mise en mots et parfois même de mise en affects, étayé sur la prise du traitement, est essentiel afin de pouvoir rétablir quelque chose d'une enveloppe narcissique chez ces sujets.

Par ailleurs, nous faisons l'hypothèse que la prise du traitement vient procurer au sujet la dose nécessaire d'« empiètement » sans laquelle il ne pourrait pas survivre. Rappelons à nouveau que le sujet reste dépendant de ces traitements et que le sevrage de ces molécules est un parcours long et difficile. Ces traitements permettent au sujet de maintenir à « juste dose », de façon minimale, tous les mécanismes ayant cours dans leur relation d'assuétude à leur produit d'élection : attaque de la pensée, appel à la sensorialité etc.

Aux mouvements de rupture, d'absence, de transgression, de clivage pourra venir répondre le travail de pensée du psychologue, pris dans le tissage de la « rêverie institutionnelle ». Mais pour ce faire, encore faut-il que le psychologue (et l'institution) puisse supporter les attaques des sujets addicts.

Ainsi, il devient particulièrement important de rappeler que la continuité de l'expérience du sentiment continu d'exister, comme témoignage du contact à soi-même, ne peut s'établir sans l'existence de « prothèses transférentielles ». En effet, comme le souligne F. Geberovich :

Paradoxalement, le toxicomane ne vit le transfert que dans l'impossibilité du contact, mais en même temps exclusivement à travers cette dimension. Il ne supporte pas le lien à autrui, mais il ne supporte pas la solitude ; il a l'impression pénible de rester sur place mais il ne supporte pas d'avancer ; il cherche l'apaisement, mais il ne vit que dans le mouvement. D'où

²⁵¹ LE POULICHET, S. (1989). De la drogue au symptôme : le temps d'élaboration de la demande. In *Psychologie Clinique*, 2, 107-117, p.108.

le recours sans fin à la prothèse chimique. Dans l'abîme du contact, le cadre doit comporter des « prothèses transférentielles », des ponts contactuels tendus vers l'autre.²⁵²

Le cadre institutionnel nous paraît apte à fournir ces « ponts contactuels » indispensables au sujet addicté. En effet, comme nous l'avons précédemment montré, le sujet addicté ne peut venir se situer de façon apaisée dans le cadre analytique, cadre supposant la capacité à penser l'absence :

Ne tolérant pas l'apaisement, tout en le cherchant continuellement, le toxicomane, dans son rapport exacerbé et agi à la douleur, ne peut pas se réfugier dans le fantasme de retour au sein maternel qui lui donnerait un abri, tel un paradis contactuel. *Dans le transfert, le contact peut être envisagé comme l'envers de la douleur.* La douleur est, dans la cure analytique, le négatif du contact (...) elle est l'effet traumatique d'une absence *qui n'est pas lisible* dans le discours.²⁵³

Dans cette perspective, le cadre institutionnel vient faire médiation, offrant au moi hémorragique du sujet des « barrières de contact » reconnaissant sa douleur psychique et partant, permettant l'établissement d'un contact supportable pour le sujet car venant contenir la douleur de l'absence.

²⁵² GEBEROVICH, G. (2003). *Op.cit.*, p.168.

²⁵³ GEBEROVICH, G. (2003). *Ibid.*, p.169.

La théorisation déployée par P. Aulagnier nous permet de répondre à notre besoin de concevoir un temps de psychisation primordiale, antérieure à la pulsion, permettant de créer un fond représentatif sur lequel la pulsion pourra venir s'accrocher.

Les expériences de plaisir vécus par l'*infans* amènent sa psychè à s'originer comme investissant sa propre activité de pensée. Sans un plaisir « suffisant » dans la relation *infans*-psychè maternelle, c'est au contraire le mécanisme d'attaque de la pensée qui se voit investi.

Chez le sujet addicté, le recours au sensoriel, via la prise de produit vient procurer au sujet un appareil représentatif de suppléance. Ce processus témoigne à nouveau d'un fonctionnement métonymique et non métaphorique.

Cette réflexion sur les processus de pensée à l'œuvre chez le sujet nous a amenée à tenter de répondre à la question suivante : comment rendre possible la rencontre avec le sujet addicté ?

Nous avons pu montrer en quoi, la rencontre avec ces sujets se trouvait conditionnée par l'accueil dans notre psychisme, à travers le contre-transfert, de leur « communication primitive ». Cette communication primitive ne peut être entendue que dans le contre-transfert.

Le caractère extrêmement archaïque de cette communication nous a conduit à identifier le transfert à l'œuvre chez le sujet addicté comme relevant du « transfert fondamental ».

Nous allons à présent voir en quoi, c'est un état de « détresse auto-érotique » qui soutient ce transfert fondamental à l'œuvre chez le sujet addicté.

4. LA DETRESSE AUTO-EROTIQUE

4.1 La question du travail de la honte chez le sujet addicté

4.1.1 « *Toi, tu es un toxico !* »

Malgré le caractère « facilitateur » du caractère imposé de la consultation psychologique, que j'ai évoqué précédemment, force a été de constater que les patients accueillis au centre de soin peinaient à s'inscrire dans un suivi psychologique avec le psychologue. Il nous a fallu penser à proposer un autre dispositif thérapeutique permettant de proposer un espace de parole supportable pour ces patients. En parallèle de ce constat, je me suis rappelé les propos de nombreux patients, qui, une fois inscrits dans le centre de soins et y bénéficiant d'un suivi régulier, voyaient dans la réalisation de ce suivi, comme une mise au jour, non pas de leur démarche de soins, mais bien de leur addiction.

Cette mise au jour venait se condenser de façon particulièrement intense pour les sujets astreints à la prise d'un traitement de substitution. C'est-à-dire que là où je voyais la prise de ce traitement comme étant le témoin de l'inscription du sujet, même de façon minimale, dans une démarche de soins, la prise de ce traitement venait comme exhiber de façon très violente l'addiction vécue par le sujet. Autrement dit, dans le discours des patients, leur toxicomanie devenait bien plus visible, une fois cessées les consommations de produits, via ce commerce régulier avec le Centre de Soins.

Je fus choquée de découvrir qu'un patient, engagé dans une relation sentimentale avec sa compagne depuis plusieurs années, lui dissimulait ses prises, non plus de toxique, mais de méthadone, affirmant : « *Je ne veux pas qu'elle me prenne pour un toxico !* ». Est-il nécessaire de préciser que sa compagne, fort soutenante par ailleurs quant à la démarche de soins de ce patient, était bien au courant de l'existence de ses consommations de produits antérieures et de l'actualité de son engagement dans son suivi psychologique, médical et socio-éducatif. Nous voyons comment la fin des consommations, l'abstinence, vient révéler une dimension dans l'axe narcissique de la problématique addictive, qui se trouvait jusqu'alors masquée par les prises de produits du sujet. Comment cette dimension s'est-elle présentée à nous ?

C'est dans ce contexte, que nous avons proposé aux patients de participer à un groupe de parole.

La première séance du groupe me permit de prendre toute la mesure de la honte ressentie par les patients, en lien avec leur venue au Centre de Soins et partant, avec leur addiction. Je pris conscience du fait que ce sujet se trouvait finalement peu abordé par les patients en entretien individuel. Les participants au groupe firent mon éducation au cours de cette première séance.

Tous dirent quelques mots concernant leur lien au Centre de Soins. Les patients se saisirent du déménagement des locaux effectué quelques années auparavant pour formuler leur reconnaissance à l'égard de l'équipe, pour le soin apporté à l'aménagement des nouveaux locaux. Tous dirent combien ils appréciaient d'être accueillis dans des locaux neufs, lumineux, dans un lieu de soins ressemblant à un centre médical « *normal* », qui plus est dans un immeuble quasiment vide, où ils ne risquaient pas de croiser le regard d'étrangers. Ce dernier point attira particulièrement mon attention.

S'il est vrai que la présence du Centre de Soins n'avait pas toujours été bien accueillie par les habitants de l'immeuble où siégeaient les anciens locaux, je n'avais, pour ma part, jamais constaté aucune marque tangible de rejet de la part des autres habitants de l'immeuble.

François m'expliqua que les habitants de l'immeuble n'avaient pas eu besoin d'exprimer quoi que ce soit, évoquant les « *regards [qu'on lui jetait]* » lorsqu'il appuyait sur le bouton de l'ascenseur correspondant à l'étage du Centre de Soins, un regard qui signifiait, d'après lui : « *toi, tu es un toxico !* ».

Tous les participants ayant connu ces anciens locaux, acquiescèrent de façon unanime lorsque François énonça cette sentence... Tous dirent avoir vu des « *regards* » méprisants et hostiles, adressés parfois même de façon indirecte, en croisant le reflet du visage de leurs détracteurs dans le miroir situé dans l'ascenseur. Ces regards faisaient vivre un sentiment de honte très intense aux sujets, par la haine qu'ils contenaient mais plus encore par leur caractère intrusif et implacable, assignant aux sujets pour seule identité celle du « *toxico* ».

Sans dénier la réalité de la stigmatisation et du rejet subis par les sujets addicts de la part de notre société, je décidai de m'attarder sur cette question du regard et du miroir. De toute évidence, la qualité de ces regards relevait d'un mécanisme de projection de la profonde haine de soi vécue par le sujet. Je pensais également au sentiment d' « *Inquiétante Etrangeté* » décrit par Freud. Néanmoins, les patients relatant ces scènes lors de cette première séance du groupe

de parole n'avaient pas évoqué un affect d'angoisse, au cours de ces scènes, mais bien un affect de honte.

Tout se passait comme si, une fois réunis, les sujets avaient pu se sentir suffisamment en sécurité, pour se laisser à évoquer quelque chose de l'ordre de l'intime, de l'ordre d'un partage de l'affect de honte, permis par la rencontre avec un semblable.

Quelques temps après cette séance de groupe, François évoqua, en entretien individuel, sa « *timidité* » et le handicap qu'elle représentait pour lui. Il me dit également très mal supporter le changement de dispositif de délivrance de son traitement de substitution établi par son médecin-addictologue, sans oser le dire.

En effet, à la suite d'un énième dépassement de son traitement, son médecin avait proposé à François de fragmenter, en pharmacie, la délivrance de son traitement, pour l'aider à en respecter la posologie. Alors que je l'invitai à verbaliser son ressenti, François me dit qu'il avait l'impression d'être « *infantilisé* », ce qui me surprit, car il me semblait que ce dispositif avait été discuté avec le médecin et que François était en accord avec ce changement. François acquiesça, ajoutant : « *Je sais que c'est pour m'aider, ce n'est pas ça le problème. Mais ça montre bien que je ne sais pas me retenir !* ». Je fus touchée par la détresse avec laquelle François prononça cette dernière phrase.

4.1.2 L'hypothèse de la honte primaire

C. Janin, propose de penser la honte comme faisant partie intégrante du processus de subjectivation. Il développe l'hypothèse de l'existence d'une « honte primaire conséquence du débordement par la pulsion sexuelle *in statu nascendi* [laissant] le sujet dans une certaine détresse. »²⁵⁴

Dans cette conception, la « honte primaire » vient précéder la culpabilité primaire et s'origine dans le temps pré-œdipien :

On peut alors remarquer que signal d'angoisse et signal de honte sont des *affects*, observables et pensables *avant* une différenciation psychique en instances, tandis que *sentiment* de honte et *sentiment* de culpabilité ne sont pensables que dans le cadre d'une différenciation des instances.²⁵⁵

En effet, C. Janin rappelle comment la théorisation du « traumatisme paradoxal » en « noyau chaud » et « noyau froid », que nous évoquions dans notre première partie, permet de caractériser le traumatisme dans un double registre, narcissique, puis sexuel.

²⁵⁴ JANIN, C. (2007). *La honte, ses figures ses destins*. Paris, Puf, p. 53.

²⁵⁵ JANIN, C. (2007). *Ibid.*, p. 26.

Ainsi, la « honte primaire » vient trouver son inscription dans les tous premiers temps de la vie, aux temps de l'auto-érotisme :

(...), pour tenter de comprendre ces états de « détresse auto-érotique » - c'est bien de cela dont il s'agit dans les auto-sensualités - , il semblerait qu'il ne soit pas inutile, (...), de postuler qu'il existe pour tout sujet un temps de passivité non sexuelle qui ne s'unit que secondairement à la sexualité, dans le temps de surgissement de la pulsion sexuelle, et qui devient alors la « honte primaire » ; ou bien, pour le dire autrement : *la honte primaire est l'après-coup (sexualisé) d'un temps originnaire de passivité, temps pendant lequel l'auto-conservation est entièrement liée à la vicariance de l'objet.*²⁵⁶

Dans cette perspective, la honte primaire prend racine aux temps de la détresse primordiale, dans le temps de la dépendance absolue, vitale, du nourrisson quant aux soins maternels. Elle s'origine dans une première tentative de liaison sur le plan psychique, dans le sens où elle est le fruit d'une première métabolisation de la situation de dénuement de l'*infans* :

Je pense que ce vécu de déchéance évoqué par P. Merot est consubstantiellement lié à l'expérience de passivation qui est inévitable, parce qu'elle est vécue comme un lâchage de la part de l'objet, lâchage lié, soit à la qualité insuffisante des soins maternels, soit à l'expérience de la solitude consécutive à la mise en absence de l'objet à travers l'émergence du « sexuel primordial » (César et Sarà Botella). (...) c'est bien de ce point de vue-là que j'ai proposé que la honte primaire est le résultat d'une première intrication pulsionnelle de la détresse.²⁵⁷

Dans ce contexte, la honte primaire est le fruit d'une première liaison de la détresse inhérente à la dépendance vitale. Cette détresse, liée de façon structurelle à la condition humaine, n'est pas le fruit d'une carence dans les soins maternels. C'est-à-dire que, dans la conception de C. Janin, l'accès à la honte primaire, correspond, au contraire, à une métabolisation « correcte », pour ne pas dire « suffisamment bonne », de la situation de dépendance vitale par la psychè maternelle. La condition humaine impose, dans ce contexte de naissance de la psychè, que se voie métabolisé, pensé et transmis, ce caractère fondateur de la « déchéance » en l'être humain, liée à la dépendance vitale originnaire.

Il est en effet question de la condition humaine, parce que la honte primaire vient s'inscrire dans le temps de la dépendance vitale mère-*infans*, mais aussi parce que C. Janin souligne que cette transmission de la honte primaire vient sceller l'ancrage singulier de chaque être humain à la communauté psychique humaine :

Cet échange avec P. Mérot me conduit à poser la question des liens entre *l'autre interne* et *l'autre externe* : l'autre interne, à mon sens, devient persécuteur, dénonciateur de « l'objet de l'identité » quand il n'est plus un « semblable » mais un « étranger », c'est-à-dire lorsque la « communauté de déni » que le sujet partage avec autrui, et qui porte sur « l'objet de l'être » ne tient plus, parce que le narcissisme s'éprouve comme défaillant (...). De ce point de vue, P.

²⁵⁶ JANIN, C. (2007). *Ibid.*, p. 58.

²⁵⁷ JANIN, C. (2007). *Ibid.*, p. 100.

Merot a raison de décrire un mouvement paradoxal de subjectivation dans lequel le sujet est, dans un moment fulgurant, témoin de sa propre désobjectivation.²⁵⁸

Nous pouvons mieux comprendre la dimension projective contenue dans cette question du regard de l'autre énoncée par les patients. Une fois de plus, il ne s'agit pas de dénier la réalité du caractère parfois monstrueux de l'image du sujet addicté véhiculée par notre société. La proposition théorique développée par C. Janin, montre comment ces questions de la honte et du regard de l'autre, viennent en réalité interroger le sujet au plus profond de son intime. D'une part parce qu'en réalité, ce n'est pas le regard de celui que C. Janin nomme « l'autre externe », qui est à l'origine du sentiment de honte ressenti par le patient. Cet affect survient de façon catastrophique, lorsque le sujet se voit assigné, par lui-même, à cette déchéance fondamentale :

(...) je pense vraiment que cet autre est d'abord « un autre interne », lié au mouvement de personnalisation de l'instance, même si c'est le regard de « l'autre externe » qui « active » l'opprobre de l'autre interne. En d'autres termes, je pense que cet échec de la fonction impersonnelle du surmoi n'est un échec du processus civilisateur que parce qu'il est un échec de la « honte signal », celle qui nous a été inculquée par notre mère, et qui convoque alors le retour de l'infantile par « grandes quantités ».²⁵⁹

Autrement dit, faute de l'introjection de cette honte primaire, le sujet addicté se voit confronté, non plus, à l'inquiétante étrangeté de la figure de l'autre en soi, mais bien plutôt à l'assignation par son propre reflet, son propre regard sur lui-même, à cette figure d'une déchéance fondamentale.

Ainsi, ce temps primitif du « travail » de la honte primaire vient témoigner d'une tentative fondatrice d'une première élaboration de la détresse constitutive de la dépendance vitale. Cet accès à la honte primaire, ne peut avoir lieu sans la transmission de cette honte primaire par la psyché maternelle. Ce faisant, il conditionne également l'inscription en soi du processus de civilisation et surtout la reconnaissance, par la psyché maternelle, de cette inscription.

Pour aller un peu plus loin, nous sommes tentés de dire que l'accès à la honte primaire vient ancrer le sujet dans une reconnaissance du caractère fondateur de la dépendance vitale par la psyché maternelle pour elle-même. Il est ici question de la transmission à la fois d'un « travail de civilisation », que la psyché maternelle a elle-même éprouvé, avec tous les aléas qu'elle a pu connaître, et d'une première métabolisation pulsionnelle, par la satisfaction « suffisante » des besoins de l'*infans* :

(...) le « travail de civilisation » que représentent les soins maternels est à la fois un non-respect des besoins du bébé, considérés ici sous l'angle strictement biologique, et un respect de ses besoins, du point de vue de la « civilisation » du bébé ; c'est d'ailleurs au cœur même de cette tension qu'il est possible de penser vraiment le « suffisamment bon » défini par

²⁵⁸ JANIN, C. (2007). *Ibid.*, p. 99.

²⁵⁹ JANIN, C. (2007). *Ibid.*, p. 103.

Winnicott : ainsi selon les termes d'un débat ancien, la théorie de l'étayage permet de penser l'articulation de la « nature » et de la « culture », « pulsionnel » et « culturel » étant alors strictement synonymes...

Dès lors, nous voyons comment le nécessaire « travail de la honte » vient témoigner dans la relation mère-*infans* d'une première humanisation, dans le sens où elle est le fruit d'une psychisation, par la psychè maternelle, de « l'animalité » de la condition humaine. Nous voyons comment, la psychisation, par la psychè maternelle, des excitations internes vécues par le nourrisson, relève d'un recours à la subjectivité de la mère.

Si la psychè maternelle n'est pas apte à faire appel à sa propre subjectivité, elle ne peut rentrer dans la dialectique à l'œuvre entre l'animalité de l'*infans* inhérente à la dépendance vitale, qui comporte toujours-déjà une part d'inconnaissable, et les exigences de civilisation relatives à l'humanisation du nourrisson, c'est-à-dire à sa naissance psychique. C'est ce qui fait dire à C. Janin que « (...) la qualité des auto-érotismes est un antidote au caractère dévastateur que la honte primaire peut parfois revêtir. »²⁶⁰.

C'est en suivant le « fil de la honte » que nous pouvons mieux cerner l'enjeu métapsychologique contenu dans les « regards » évoqués par les patients. Ce caractère « dévastateur » de la honte primaire exprimé par les patients vient témoigner, dans cette perspective, d'un défaut d'humanisation vécu dans la relation primitive mère-*infans*, prise dans sa double polarité : travail de civilisation et métabolisation pulsionnelle des excitations internes conditionnant l'accès à l'auto-érotisme.

Il est d'ailleurs fort intéressant de constater que c'est grâce au dispositif du groupe de parole que les patients ont pu témoigner de l'existence en eux de la honte dévastatrice théorisée par C. Janin. Le dispositif groupal semble particulièrement opérant pour permettre aux sujets d'exprimer cette honte, de la partager. C'est sans doute ce qui est à l'origine du succès rencontré par le dispositif de la « réunion » mis en œuvre par les Narcotiques Anonymes. En effet, au cours de ces réunions, les sujets sont amenés à témoigner de leur expérience, en présence d'autres « anonymes ». Le recours à l'anonymat permet de renforcer la figure du semblable dans le dispositif groupal et ainsi, de favoriser l'expression de cette honte dévastatrice tenue, jusque-là secrète. Dans ce dispositif, la honte peut être partagée et, qui sait, peut-être se voir élaborée, dans l'écho et le regard apportés par les membres du groupe.

²⁶⁰ JANIN, C. (2007). *Op.cit.*, p. 57.

L'élaboration de la honte primaire vient conditionner l'accès à la culpabilité primaire, dans la perspective développée par C. Janin. Nous pouvons faire l'hypothèse d'un défaut à l'œuvre, dans ce registre, chez le sujet addicté. Il est a présent temps de poursuivre nos investigations en évoquant le cas d'une patiente, Charline, qui s'est présentée à nous, de façon anonyme.

4.2 Le cas de Charline

4.2.1 La rencontre avec Charline

Charline vient consulter le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, sur le conseil de la psychologue avec laquelle elle vient d'entreprendre une psychothérapie en libéral. Charline a trente-cinq ans et consomme de la codéine depuis plusieurs années. Elle a rencontré ce médicament, à la suite d'une prescription médicale pour traiter des douleurs dorsales.

Quelques années plus tard, alors qu'elle souffre de migraines intenses, un pharmacien lui propose un antalgique à base de codéine. Charline redécouvre la sensation de bien-être connue quelques années auparavant, bien-être absolument salvateur, car Charline traverse à ce moment-là une période « *noire* » de sa vie. La dépendance est installée.

Elle me dit faire régulièrement des « *mix* », le soir, dans lesquels elle mélange codéine et alcool afin de potentialiser les effets des deux produits.

Charline se présente à nous d'une façon très singulière, inédite : elle souhaite rester « *anonyme* » et refuse, dans un premier temps, de me livrer, ne serait-ce que son prénom. Charline a très peur qu'une personne de son entourage apprenne incidemment qu'elle a un problème d'addiction, c'est ce qui motive sa demande sur un plan manifeste. En effet, elle porte un prénom rare et craint qu'un quidam entende énoncer son prénom au Centre de Soins et ne rapporte sa venue à son entourage. Elle redoute de jeter l'opprobre sur sa famille.

Certes, le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie prévoit de garantir l'anonymat des patients au regard de l'autorité judiciaire. Toutefois, aucun patient n'a jamais, à ma connaissance, demandé de rester anonyme aux yeux des professionnels du Centre de Soins. Néanmoins, et dans la mesure où il lui permet de venir consulter dans un « *Centre pour toxicos* », j'accepte d'utiliser le pseudonyme qu'elle a choisi. Je lui explique que

lorsque l'utilisation de son pseudonyme sera un obstacle à sa psychothérapie, il faudra qu'elle accepte de me donner sa réelle identité. Charline accepte et respectera cette condition.

C'est donc la psychologue rencontrée en libéral, qui s'est inquiétée la première des « mix » consommés par Charline, lui suggérant une prise en charge dans un centre de soins spécialisé. Charline a vécu cette orientation comme un rejet et un abandon : « *je n'étais pas une bonne patiente pour elle, elle ne voulait plus m'aider alors elle m'a envoyée ici. Elle a eu peur quand elle a appris que je faisais mes mix* ». Depuis cette invitation à consulter dans un centre spécialisé, Charline n'est pas retournée voir sa thérapeute, malgré mon insistance pour qu'elle lui donne de ses nouvelles.

Charline me tient d'emblée à bonne distance. Constatant que nous n'avons pas la même couleur de peau, elle affirme que je ne peux pas la comprendre. Si Charline est née et a grandi en France, sa mère et son père sont originaires du nord du Brésil. De toute évidence, pour elle, je n'ai pas la connaissance suffisante des aspects culturels de sa situation qui me permette de la comprendre...

Je comprends que Charline est déprimée depuis plusieurs années, mais sa dépression s'est aggravée dangereusement au moment où sa mère a décompensé sur un mode psychotique. Charline a vu sa mère basculer dans la folie et mourir un an plus tard dans des circonstances relativement floues, au Brésil, alors qu'elle venait enterrer sa propre mère, la grand-mère de Charline.

Depuis ces événements, Charline trouve refuge dans des consommations massives de codéine afin de procurer quelques moments de répit à son psychisme épuisé par les tortures qu'il s'inflige. Charline peine à trouver du sens à sa vie, elle se dévalorise en permanence et est souvent assaillie par des idées suicidaires. Malgré la grande souffrance psychique qui est la sienne, elle refusera le traitement antidépresseur suggéré par le médecin addictologue qui la prend en charge. De la même façon, elle n'acceptera aucun projet de départ en cure ou en postcure. Au bout d'un an, elle met d'ailleurs un terme à sa prise en charge médicale, pour ne conserver que son suivi psychologique.

Cette exclusivité s'avèrera très lourde à supporter pour moi. Pendant des mois, je vois l'état psychique de Charline se dégrader, elle prend beaucoup de poids et vient régulièrement à ses rendez-vous sous l'emprise de la codéine ou de benzodiazépines. Elle se met à faire « *la tournée des médecins* » et n'a aucune peine à se faire prescrire les molécules de son choix. Elle

ne cesse de répéter que la psychothérapie est inutile, qu'elle ne fait aucun progrès et que sa vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

Dans un premier temps, il lui est très difficile de parler de son histoire et notamment de la maladie et de la mort de sa mère. La honte liée à ses prises de médicaments et à son inactivité au niveau professionnel l'envahit totalement, au point de refuser de bénéficier des droits sociaux qui sont les siens. Elle ne parle de son addiction à personne dans son entourage et cette idée lui est insupportable. Elle essaie de reprendre une formation mais ses consommations de codéine entraîneront rapidement son licenciement de l'entreprise où elle est en apprentissage.

Charline ne sait pas ce qu'elle veut faire de sa vie. Elle regrette de n'avoir pas osé, après le baccalauréat, s'orienter vers un cursus en langues étrangères, craignant de ne pas trouver de travail par la suite. Cette absence de perspective au niveau professionnel l'angoisse beaucoup.

Charline vit toujours dans la maison familiale, elle est la cadette d'une fratrie de six enfants. Son frère aîné a pris son indépendance peu de temps avant que leur mère sombre dans la psychose. Charline vit avec son père et son unique sœur aînée. Charline annonce d'emblée haïr son père, l'accusant d'être le responsable de la folie et de la mort de sa mère.

Ce père, malgré bien des fragilités, paraît pourtant se préoccuper de Charline. Néanmoins, toutes ses tentatives de rapprochement avec sa fille se soldent par de violents rejets. Tout se passe comme si, pour Charline, la mort de sa mère avait entraîné la sienne sur le plan psychique. Au cours de ses épisodes délirants, la mère de Charline s'est montrée extrêmement violente avec sa fille, allant jusqu'à l'insulter et la renier. D'après Charline, elle seule aurait subi une pareille maltraitance de la part de leur mère. Charline paraît avoir été condamnée à mort par sa propre mère, à une mort psychique lente et douloureuse.

Charline peine à accepter les témoignages d'affection de son entourage. Elle n'a jamais connu de réelle relation amoureuse. Toutes ses relations sont teintées d'amertume, l'abandon par l'autre étant toujours au rendez-vous.

Toutefois, au bout d'un an de suivi psychothérapeutique, Charline réussit parfois à passer quelques jours sans consommer de codéine. Elle reprend une pratique sportive assidue et perd tout le poids qu'elle avait pris. Puis elle s'engage dans un sevrage total qu'elle réussit à maintenir pendant plusieurs semaines. Elle se trouvera ensuite relativement protégée par l'interdiction de vente libre des médicaments codéinés intervenue en juillet 2017.

Au cours de l'été, Charline accepte l'invitation de sa sœur à partir avec elle pour une semaine de vacances. Dans cet élan de mieux-être, Charline décide de chercher du travail « *pour gagner de l'argent* » et financer son permis de conduire. Elle trouvera un poste assez rapidement mais ne s'y présentera pas. Sa peur de l'échec la paralyse à un point tel qu'elle préfère réduire elle-même son projet en cendres, plutôt que de risquer un nouveau renvoi. C'est dans ce contexte d'intense résurgence dépressive qu'elle trouvera, malheureusement, un médecin généraliste prêt à lui prescrire de la codéine et des benzodiazépines en grande quantité.

Charline a suscité chez moi dès nos premières rencontres un fort attachement, mais aussi des états de grande inquiétude voire de franche angoisse. J'ai eu régulièrement peur qu'elle mette fin à ses jours. De la même façon, l'intensité de sa douleur psychique m'a régulièrement donné envie d'agir pour elle, au lieu de penser cette douleur. J'essaie, par exemple, de la persuader à plusieurs reprises de prendre un traitement antidépresseur. Je m'agace de son refus de toute proposition d'aide autre que psychologique.

Il m'arrive de me sentir angoissée avant de la recevoir ou de me sentir soulagée lorsqu'elle annule un rendez-vous. Je ressens continuellement à son contact un profond sentiment d'impuissance. Je comprends que je ressens ce que Charline a probablement ressenti face à la décompensation psychique de sa mère, son sentiment d'impuissance, l'intensité des blessures narcissiques infligées par cette mère en proie au délire, mère qu'elle n'a pas réussi à sauver. Ces sentiments sont d'autant plus forts qu'ils sont en résonance avec mon histoire personnelle.

Je crains régulièrement de tomber dans une relation fusionnelle avec Charline. Bien que très investie dans sa psychothérapie, Charline peine à se laisser aller à ses émotions, à verser des larmes, à évoquer un semblant de goût à la vie, pour ne pas dire de plaisir.

Charline ne parle que de son envie de mourir, ou plus exactement de « *crever* ». Et puis, un jour, cette envie de mourir prend la forme d'un véritable scénario suicidaire. Je lui demande de se rendre aux Urgences psychiatriques et de m'appeler lorsqu'elle s'y trouvera. A ma grande surprise, Charline suit mon conseil.

S'ensuit une courte hospitalisation en psychiatrie puis un séjour en clinique spécialisée en addictologie de plusieurs mois. Au cours de son séjour, Charline rencontre les intervenants issus des Narcotiques Anonymes et adhère à leur programme. Elle rencontre un psychiatre bienveillant qui lui dit « *croire* » en elle et qui lui propose des consultations régulières.

Elle conserve son suivi au Centre de Soins et parvient à maintenir une longue période d'abstinence, assortie d'une reprise de son activité professionnelle. Elle se saisit de la proposition que je lui fais d'intégrer un des appartements thérapeutiques du Centre de Soins.

Le jour où nous aurions dû confirmer son inscription dans le dispositif de l'appartement thérapeutique, Charline s'effondre littéralement en larmes dans mon bureau et ne parvient pas à me répondre lorsque je lui demande ce qui s'est passé.

Je sens que ses pleurs sont liés à un fort sentiment de culpabilité, à une culpabilité si écrasante que Charline ne parvient pas à me dire ce qui se passe en elle. Elle me fixe du regard et pleure sans parvenir à me parler de ce qui lui arrive. Qu'a-t-elle bien pu faire pour se sentir si coupable ? Je lui demande sans grande conviction si elle a repris des produits, ce qu'elle nie. S'ensuit un moment qui nous a stupéfiées l'une et l'autre : je m'entends lui dire « *vous êtes enceinte* », ce que Charline confirme, ajoutant : « *mais je ne vais pas le garder !* ».

En effet, quelques semaines auparavant, Charline a rencontré un homme et débuté une relation avec lui. Pensant me faire une révélation scandaleuse, elle m'apprend que cet homme est « *père* », statut qui semble susciter à la fois dégoût et attrait chez Charline. Je ne perçois pas bien ce qui freine Charline dans ce statut : ce n'est pas un homme marié, il est célibataire et n'a pas non plus de différence d'âge notable avec elle.

Peu de temps plus tard, Charline subit un avortement. Je l'accompagne évidemment dans cette épreuve à laquelle nous tentons ensemble de donner un sens, sans y parvenir.

Charline s'engage ensuite dans une sexualité qu'elle vit comme compulsive mais que je ne perçois pas comme telle, affirmant, comme l'y enjoignent les Narcotiques Anonymes, qu'elle a « *remplacé la conso par le sexe* ». De mon côté, j'ai l'impression qu'elle ne sait que faire de son corps de femme et qu'elle s'essaie maladroitement à la séduction et au désir. Elle ne multiplie ni les partenaires, ni les rapports sexuels.

Néanmoins, ces expériences prennent une tournure masochiste difficilement supportable pour moi : Charline prend très régulièrement le risque de tomber à nouveau enceinte, dans l'espoir secret, me semble-t-il, non pas de donner naissance à un enfant mais de subir un nouvel avortement.

Elle n'a de cesse de rencontrer un nouvel amant, par lequel elle se sent maltraitée, non respectée, dont elle attend qu'il prenne en charge, pour elle, cette question de la contraception.

Toutefois, au moindre signe de réticence de la part de cet homme, Charline accepte d'avoir un rapport sexuel dit « non protégé ». Ainsi, si son amant refuse de faire l'amour avec elle sans protection, c'est parce qu'elle n'est pas désirable, mais s'il accepte, cela prouve qu'elle est certes désirable mais qu'elle ne mérite pas le respect...

Lorsque je la questionne sur ce cercle infernal, Charline me raconte à nouveau comment sa mère, en proie au délire, l'avait insultée à de très nombreuses reprises, lui disant qu'elle n'était « *bonne à rien, qu'elle n'était qu'une sale chienne et qu'elle ne trouverait jamais de mari* ».

C'est en traversant à nouveau l'histoire singulière de sa mère, que quelques mois plus tard, Charline se souvient que sa mère, avant d'avoir le frère aîné de Charline, avait avorté à deux reprises. Evidemment, j'interprète le comportement de Charline, qui « *trouve incroyable de ne pas avoir fait le rapprochement* ». S'ensuit une période d'accalmie.

Quelques temps plus tard, alors que Charline s'engage dans la concrétisation d'un certain nombre de ses projets, j'assiste à une nouvelle descente aux enfers.

A nouveau Charline se sent très déprimée, dépression qui la cloue au lit, l'empêche de mener à bien ses projets et surtout, lui fait vivre une angoisse intolérable. Pour la première fois depuis plus d'un an, Charline a envie de consommer des benzodiazépines.

Rapidement, la question de son suicide revient sur le devant de la scène, d'une façon assez singulière : Charline affirme, que si elle consommait des substances, ce serait cette fois, pour mettre réellement fin à ses jours. Elle a constitué un stock de médicaments datant la période où elle « *faisait la tournée des médecins* » suffisant pour l'amener à la mort.

Cette réserve se trouve dans la maison familiale qu'elle a quittée pour l'appartement thérapeutique.

Je lutte contre mon envie de lui demander de me ramener son stock de poison. Je m'imagine parfois trouver les coordonnées téléphoniques de son père et lui demander de se débarrasser des médicaments. Bref, j'ai envie d'agir ! Toutefois, je me dis que pour s'essayer à la vie, Charline a besoin de cette sortie de secours. De plus, le lieu où elle a dissimulé son stock de médicaments la protège d'un éventuel passage à l'acte. Charline n'aime pas se rendre dans cette maison, empreinte non seulement du souvenir de la folie de sa mère, mais aussi de celle de son père.

Au bout de quelques années, Charline m'a appris que son père aimait « *entasser des choses* », partout dans la maison. Visiblement, le père de Charline est atteint d'un véritable syndrome de Diogène. Celui-ci a été longtemps contenu par les efforts de Charline et de sa sœur aînée. Les deux filles ayant quitté le domicile familial, le père est, à présent, seul. Plus personne n'est là pour effacer les traces de sa folie, traces qui viennent envahir toute la maison, du sol au plafond. Charline ne sait pas dans quel état elle va retrouver cette maison et a la hantise de s'y rendre.

Tout se passe comme si Charline avait opéré un clivage entre l'appartement thérapeutique et la maison familiale. Ainsi, cette maison devenait le lieu de la mort psychique : celui de la folie de la mère, celle du père, et celui de la sienne propre. Néanmoins, la folie de Charline se voyait là finalement contenue, pour ne pas dire protégée, par celle du père et de la mère.

Mais Charline se sent toujours aussi mal. A tel point que le médecin-addictologue, qui a repris son suivi médical lors du départ du psychiatre connu lors de son hospitalisation, et moi-même lui proposons une nouvelle hospitalisation.

Charline refuse catégoriquement, tout en nous faisant part de son sentiment que nous ne réalisons pas l'ampleur de sa douleur. Charline me dit préférer « *crever* » plutôt que de vivre une nouvelle hospitalisation, ajoutant : « *c'est aussi ce que disait ma mère, elle, elle me comprendrait* ». Elle ajoute alors, qu'elle me remercie pour tout ce que j'ai fait pour elle, m'assurant que je suis une « *excellente psychologue* » mais qu'elle ne reviendra pas me voir. Avec une ironie certaine, je lui réponds qu'effectivement, une psychothérapie qui se solde par un suicide est une preuve éclatante des compétences d'un psychologue ! Je la remercie pour ce plébiscite.

Cette remarque a le mérite de la sidérer et de l'arrêter dans son élan de rupture. Charline s'effondre en larmes et me dit « *ne plus en pouvoir* » et qu'elle voudrait que la douleur qui la torture chaque jour s'arrête. Elle me dit que la seule chose dont elle a besoin, c'est que je donne mon accord, voire ma bénédiction, à son projet de suicide, parce que qu'elle ne voit plus d'autre solution pour mettre un terme à sa douleur. Elle me répète à nouveau que sa mère « *aurait compris sa démarche* », ayant elle-même connu cette douleur psychique.

Laissant parler la mère en moi, je lui réponds, non sans beaucoup d'émotions, qu'il est impossible qu'une mère puisse comprendre le suicide de son enfant, que cela n'existe pas, que

cela « *ne marche pas comme ça* ». J'ajoute qu'il est sans doute temps que leurs destins se séparent et que Charline doive accepter de laisser partir sa mère pour pouvoir chérir son souvenir.

C'est à la suite de ces paroles que Charline a pu se laisser aller à revivre la détresse et le désespoir ressentis au moment du décès de sa mère, décès intervenu dans des circonstances floues, à l'étranger, en son absence. C'est un sentiment, cette fois non plus de honte, mais bien de culpabilité que peut, pour la première fois, exprimer Charline, celui d'avoir abandonné sa mère et de ne pas avoir pu lui imposer de ne pas entreprendre ce voyage funeste.

Elle dit combien elle s'est sentie désemparée, ne sachant pas comment agir, se sentant déchirée intérieurement par des sentiments aussi intenses que contradictoires envers sa mère, qui, à l'époque ne se faisait que « *se défouler sur [elle]* ». Elle décrit le choc ressenti, lors de sa venue au Brésil pour l'enterrement de sa mère, face à la misère et à un contexte culturel qui lui paraissaient d'une violence extrême et qu'elle ne comprenait pas. Elle conclut l'entretien en constatant que nous venons d'ouvrir ensemble « *les gros dossiers !* ».

Charline m'apprend lors de la rencontre suivante, qu'elle a choisi une marraine aux Narcotiques Anonymes, précisant immédiatement que cette femme « *est maman* ». Charline a été touchée par la sincérité du discours de cette femme quant à sa propre expérience. Elle ajoute également que cette femme, après la réunion, lui a fait la proposition de l'accompagner récupérer son stock de médicaments chez son père et que sans savoir bien pourquoi, elle a accepté sa proposition. Charline ajoute : « *Il y avait quelque chose dans sa façon de me le dire qui m'a fait dire oui* ».

La semaine suivante, Charline m'annonce timidement vouloir me « *montrer quelque chose* ». Elle m'explique s'être « *enfermée dehors* » la veille au soir : elle a fermé la porte de son appartement en laissant les clés à l'intérieur. Sans autre solution, elle part dormir chez son père.

Le lendemain matin, elle tourne, avec son téléphone, une vidéo de l'intérieur de la maison familiale, qu'elle me demande de visionner avec elle. J'accepte sans hésiter. Dans cette vidéo, elle s'adresse directement à moi : « *Alors vous voyez, Madame Denou, c'est là que je vivais. Il y en a partout... Ça, c'est le salon, mais on ne peut plus s'asseoir sur le canapé... là c'est la chambre de mon père où j'ai mis les médicaments, mais ne vous inquiétez pas, de toute façon, on ne peut plus ouvrir la porte...* ». La maison est dans un état de délabrement et d'encombrement complet, comme Charline me l'a décrit.

Les cinq années de psychothérapie vécues avec Charline ont été très éprouvantes pour moi, dans la mesure où j'ai eu sans cesse la crainte qu'elle ne se suicide. Cette angoisse a été présente dès nos premières rencontres, alors même que Charline n'évoquait aucune idée suicidaire.

Dans un premier temps, il m'a semblé que Charline était aux prises avec une problématique de l'ordre de la mélancolie. Ce sont notamment ses rapports aux autres qui m'ont orienté sur cette voie. Ainsi, Charline se sentait toujours trahie et abandonnée dans ses relations amicales et amoureuses, trahison et abandon justifiés, d'après elle, par le fait qu'elle ne soit pas digne d'intérêt.

4.2.2 L'hypothèse de la mélancolie

4.2.2.1. De la haine à la nostalgie

C'est K. Abraham, qui, le premier, a identifié le lien entre l'incapacité d'aimer du sujet et l'hostilité supposée de l'autre à son égard. Il met ainsi au jour le mécanisme suivant (advenant chez des sujets atteints de « psychose dépressive ») :

« [Le conflit] tire son origine d'une disposition hostile excessive de la libido. Cette haine concerne d'abord les plus proches parents, puis elle se généralise. Elle peut s'exprimer comme suit: 1° Je ne peux pas aimer les autres: je suis obligé de les détester. De cette « perception intime » déplaisante naissent les sentiments d'insuffisance si graves de ces patients. Lorsque le contenu de cette perception est refoulé et projeté au dehors, le sujet en arrive à se croire non pas aimé mais détesté par son entourage. D'abord par ses parents, puis par un cercle plus large. Cette croyance est ainsi détachée de son contexte original et causal, l'hostilité du sujet lui-même, elle est reliée à d'autres insuffisances psychiques ou physiques. Il semble que la multiplicité de telles insuffisances favorise l'éclosion d'états dépressifs. Ainsi, nous en arrivons à la deuxième formule : 2° les autres ne m'aiment pas, ils me détestent... car je suis marqué par des insuffisances innées: c'est pourquoi je suis malheureux, déprimé.»²⁶¹

Cette description nous a paru rendre parfaitement compte du mouvement que nous avons précédemment décrit chez Charline dans la mesure où elle inclut le sadisme, l'incapacité à aimer et le mouvement de dépréciation de soi dont témoignait son discours. Ainsi la projection concerne ici une motion sadique (et non amoureuse) renversée sur l'autre. Le sentiment de dépréciation serait alors finalement induit par la « perception intime » du sujet de son incapacité à aimer du fait de la présence en lui-même d'une « disposition haineuse », « d'une disposition hostile de la libido » dirigée en première intention vers les premiers objets d'amour, les figures

²⁶¹ ABRAHAM, K. (1911a). Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In *Œuvres Complètes 1*, Paris Payot, 2000, pp.217-218.

parentales. C'est la présence de cette disposition haineuse chez le sujet qui paralyse sa capacité d'aimer et engendre chez lui des idées de culpabilité, proportionnelle à l'intensité de sa haine : « Il s'agit là de sujet dont le sadisme, refoulé dans l'inconscient, est insatiable et voudrait s'attaquer à tous et à tout. Bien entendu, la représentation d'une faute aussi abominable est au plus haut point pénible consciemment ; un tel degré de sadisme refoulé donne lieu à une dépression écrasante. »²⁶² Cette perspective nous paraît tout à fait intéressante dans la mesure où elle permet de décrire le mécanisme à l'œuvre chez Charline mais elle ne nous éclaire pas sur le pourquoi de la présence d'un tel sadisme chez l'individu. Pour répondre à cette question, il nous faut nous tourner vers un autre texte de K. Abraham dans lequel il étudie le cas de Giovanni Segantini, peintre italien du XIX^{ème} siècle atteint de mélancolie et décrit par K. Abraham comme le « peintre de la maternité »²⁶³

K. Abraham s'interrogeant sur la présence de cette exaltation de la maternité dans l'œuvre du peintre, se penche sur la nature de la relation entretenue par Segantini avec la figure maternelle. Il découvre alors le caractère particulier du discours porté par Segantini sur sa mère, discours sonnante comme celui d'un « amoureux [parlant] de celle qui l'aime, de celle qu'il a perdue. »²⁶⁴ Il nous faut alors préciser que Segantini perdit sa mère à l'âge de cinq ans. Cependant, pour K. Abraham ce n'est pas cet événement qui est à l'origine d'une telle idéalisation de la figure maternelle :

Plus d'un enfant est frappé à un âge précoce du même malheur que notre artiste. Il comprend alors la portée de sa perte, s'en console bientôt, et ne songe plus à la défunte si ce n'est lorsque des adultes en éveillent en lui la mémoire. (...) Il en va autrement de Segantini. L'image de sa mère ne s'éteint pas en lui; non, son imagination l'élabore et la place au cœur de sa pensée.²⁶⁵

Cette idéalisation serait alors, d'après K. Abraham, le fruit du refoulement des tendances sadiques du petit garçon envers sa mère : « Pour Segantini aussi, le culte de la mère représentait un contre-poids destiné à compenser les élans infantiles hostiles ou cruels ; ce que nous montre à l'évidence un fait de son enfance qu'il raconte lui-même. »²⁶⁶ Ce sadisme émerge notamment dans deux œuvres de Segantini: *Les Mauvaises Mères* et *L'Enfer des voluptueuses*. Ces tendances sadiques seraient nées, d'après K. Abraham de ce que l'on pourrait appeler un ressentiment profond éprouvé par l'enfant qui découvre qu'il n'est pas le seul objet d'amour de la mère et même qu'un autre que lui est beaucoup plus à même de combler la mère, à savoir, le

²⁶² ABRAHAM, K. (1911a). *Ibid.*, p.219

²⁶³ ABRAHAM, K. (1911b). Giovanni Segantini, essai psychanalytique. In *Œuvres Complètes 1*, Paris Payot, 1965, 216-266, p.165

²⁶⁴ ABRAHAM, K. (1911b). *Ibid.*, p.166.

²⁶⁵ ABRAHAM, K. (1911b). *Ibid.*, p.165.

²⁶⁶ ABRAHAM, K. (1911b). *Ibid.*, p.169.

père. C'est-à-dire que les motions agressives viendraient s'inscrire dans la problématique œdipienne.

Toutefois, K. Abraham met au jour une autre origine de ces motions sadiques envers la mère, à savoir l'isolement et la détresse dans laquelle Segantini, enfant, s'est trouvé plongé après la mort de sa mère : « Derrière le désir de punir les mauvaises mères en général, transparait maintenant le désir inconscient de punir sa propre mère et de se venger d'elle. Toute l'angoisse et la mélancolie que Segantini a éprouvées lui-même à se sentir délaissé, il les projeta sur la mère coupable. »²⁶⁷

Ainsi, on peut penser que le sadisme "normal" dans la configuration œdipienne s'est trouvé encore renforcé du fait de l'abandon réel vécu par Segantini au moment de la mort de sa mère. Abandon ressenti d'autant plus douloureusement par l'enfant qu'il fut suivi de celui du père (qui confia son fils à une parente) et de l'arrachement de l'enfant à son environnement habituel (cette parente vivait dans une grande ville).

Nous pouvons donc mieux comprendre l'origine de la disposition hostile de la libido à l'œuvre selon K. Abraham, elle tirerait son origine d'une déception, d'un désamour, infligé à l'enfant par la mère dans l'enfance, déception entraînant chez l'enfant un sentiment d'abandon. C'est de la douleur de l'abandon que naîtrait alors le sadisme dans un mouvement de vengeance contre la blessure ainsi infligée.

Cependant, dans l'appendice à cet article, K. Abraham souligne que sous ces "fantaisies de vengeance" se trouve « une nostalgie de la mère au sens le plus primitif du terme.(...), la nostalgie de la satisfaction primitive éprouvée au sein de la mère. »²⁶⁸ Cette nostalgie évoquée par K. Abraham ne correspond-elle pas à ce qu'il dépeignait lui-même du mouvement à l'œuvre chez Segantini au début de son article : « Il en va autrement de Segantini. L'image de sa mère ne s'éteint pas en lui ; non, son imagination l'élabore et la place au cœur de sa pensée. »

Ainsi, l'image de la mère qui aurait "déçu" son enfant se trouve non pas désinvestie mais occupe au contraire une place centrale, omniprésente dans le psychisme de l'enfant. Cette image s'avère d'autant plus précieuse qu'elle est auréolée du souvenir de la satisfaction la plus totale qui soit, à savoir celle éprouvée par l'enfant au sein de la mère : "Lorsqu'on voit un enfant rassasié quitter le sein en se laissant choir en arrière et s'endormir, les joues rouges, avec un

²⁶⁷ ABRAHAM, K. (1911b). *Ibid.*,p.191.

²⁶⁸ ABRAHAM, K. (1911b). *Ibid.*,p. 210.

sourire bienheureux, on ne peut manquer de se dire que cette image reste le prototype de l'expression de la satisfaction sexuelle ultérieure"²⁶⁹

Ce n'est pas l'état de désamour qui est retenu dans le psychisme mais bien au contraire celui de la plénitude recouvert par les motions sadiques du sujet contre l'objet qui a failli. Dès lors, il se pose à nous le problème suivant : si on considère que le sadisme est le reflet de la douleur infligée par l'objet au sujet, comment expliquer la présence sous cette douleur d'une telle plénitude ?

En effet, comme K. Abraham le remarque, la perte de l'objet peut aussi bien entraîner l'oubli de l'objet. Or, il semble bien au contraire que dans le cas du sujet mélancolique, dont traite ici K. Abraham, ce soit l'inverse qui se produise, l'objet est placé « au centre de la pensée » et ceci non pas comme dispensateur de douleur mais comme dispensateur de plaisir. Parallèlement le sujet est lui-même atteint d'une écrasante douleur psychique. Comment penser un tel paradoxe?

4.2.2.2 La perspective freudienne

Freud poursuit les investigations de K. Abraham sur cette question dans son article de 1915 intitulé "Deuil et Mélancolie" et nous permet d'éclaircir ce paradoxe, en mettant au jour le moyen par lequel le moi du sujet sauve son lien à l'objet, quitte à se détruire lui-même. Plutôt que de le « tuer » sur un plan fantasmatique, comme le fait l'endeuillé, le mélancolique réalise, lui, une identification de type narcissique avec lui ou plutôt avec sa disparition. Ce type d'identification consiste à prendre tous les traits de l'objet en soi :

(...) l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put être alors jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet abandonné. De cette façon la perte de l'objet s'était transformée en une perte du moi et le conflit entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du moi et le moi modifié par identification.²⁷⁰

Et ce mécanisme a l'avantage, nous apprend Freud, de ne pas réaliser la séparation d'avec l'objet. En effet : « L'identification narcissique avec l'objet devient alors le substitut de l'investissement d'amour ce qui a pour conséquence que, malgré le conflit avec la personne aimée, la relation d'amour n'a pas à être abandonnée. »²⁷¹

Dès lors, il apparaît que c'est pour maintenir le lien à l'objet que le moi s'identifie à lui, ou plutôt à sa disparition. Il semble donc que, contrairement à ce que dégageait K. Abraham ce

²⁶⁹ FREUD, S. (1905a). *Op.cit.*, p.105.

²⁷⁰ FREUD, S. (1915b). *Op.cit.*, p. 160.

²⁷¹ FREUD, S. (1915b). *Ibid.*,p.161.

soit bien l'amour pour l'objet qui soit à l'origine de la mélancolie. En effet, les tendances destructrices, également présentes, ne sont pas suffisamment fortes pour permettre de « tuer » l'objet : « Dans la mélancolie par conséquent se nouent autour de l'objet une multitude de combats singuliers dans lesquels haine et amour luttent l'un contre l'autre, la haine pour détacher la libido de l'objet, l'amour pour maintenir cette position de la libido contre l'assaut.»²⁷²

De plus, sur un plan conscient c'est le moi du sujet qui est maintenant attaqué, laissant la place à l'existence d'un objet parfait, tout-puissant et pourtant disparu mais érigé dans le moi... pour mieux le détruire : « l'objet a certes été supprimé mais il s'est pourtant avéré plus puissant que le moi lui-même. »

Dès lors, nous pouvons mieux comprendre toute l'utilité de ce mécanisme notamment en ce qu'il permet de maintenir le lien avec l'objet, de ne pas l'abandonner et surtout de ne pas être abandonné par lui. Le moi devient alors la victime d'un objet tout puissant dans sa disparition même et cette position lui procure une certaine jouissance. Mais pourquoi l'abandon de la part de l'objet est-il si intolérable pour le mélancolique ? Pour revenir au cas de Charline, pourquoi le risque d'être « trahie » la prive de toute relation ?

Freud examine plus avant cette opposition apparente entre une forte fixation à l'objet et la labilité de son investissement. La solution se trouve dans le type de choix d'objet opéré par le sujet mélancolique : celui-ci s'est effectué sur une base narcissique afin de permettre une possible régression au narcissisme, défini comme l'investissement du moi par la libido.

Ainsi le mélancolique élit son objet en fonction des caractéristiques de sa propre personne (réelles ou idéales), elle-même prise comme objet d'amour. C'est donc la figure du même que recherche le mélancolique et ce qu'il aime chez l'autre c'est en fait lui-même.

Dès lors il semble que l'investissement d'objet soit finalement fort superficiel dans la mesure où la libido a surtout investi le moi propre du sujet et ses instances idéales. On est alors tenté de dire que l'investissement d'objet est une ombre d'investissement. La fixation à l'objet est en réalité une fixation portant sur le moi du sujet, dont l'objet n'est que le support. Il est alors tout à fait aisé de l'échanger contre un autre.

Cette perspective nous permet également de mieux comprendre pourquoi la rupture dont l'objet serait cette fois à l'initiative est si dangereuse pour le sujet. En effet, l'objet est porteur

²⁷² ABRAHAM, K. (1911a). *Op.cit.*, p.210.

de quelque chose du moi du sujet. La suppression brutale de cet élément dont l'objet est porteur (à son insu) met en danger le moi du sujet car c'est une partie de lui-même qu'il voit disparaître. Nous comprenons également mieux l'origine de cette incapacité d'aimer à l'œuvre chez le sujet mélancolique : « [son] besoin ne lui fait pas tendre à aimer, mais à être [aimé] »²⁷³

En effet, l'autre n'est investi que pour ce qu'il représente du sujet lui-même, il n'est pour le mélancolique qu'un support de son identité et de l'amour porté à celle-ci. L'incorporation de l'objet même sous la forme de sa disparition permet de maintenir dans le moi cet amour narcissique dont il est porteur. Et nous retenons l'idée que c'est suite à une « déception ou à un préjudice » infligé par l'objet que l'investissement cède.

Nous retrouvons bien ici le mouvement à l'œuvre chez Charline, la déception sonnante comme une trahison dans la mesure où nous pouvons comprendre que l'autre, la déçoit dans ses capacités à incarner l'idéal qu'elle y projette. Cette déception fait alors entrer la haine sur la scène :

La relation à l'objet n'est pas simple [dans le cas de la mélancolie], mais compliquée par le conflit ambivalentiel. L'ambivalence peut être constitutionnelle c'est-à-dire s'attacher à toutes les relations d'amour de ce moi particulier, ou bien découler précisément des expériences vécues qui entraînent la menace de la perte de l'objet.²⁷⁴

Ainsi c'est l'ambivalence qui se trouve être au centre du conflit à l'œuvre dans la mélancolie et non le seul refoulement du sadisme comme K. Abraham le suggère. De plus Freud précise que « l'ambivalence constitutionnelle appartient par essence au refoulé, les expériences traumatiques vécues en rapport à l'objet [pouvant] avoir activé un autre refoulé.²⁷⁵»

Il s'agit maintenant de nous interroger sur ce refoulé qui aurait été activé par une expérience traumatique actuelle. Freud ne nous éclaire pas sur la nature de ce refoulé mais nous pouvons d'ores et déjà le situer à une époque où l'organisation sexuelle était d'ordre pré-génitale. En effet :

Nous avons ailleurs émis l'idée que l'identification est le stade préliminaire du choix d'objet et la première manière ambivalente dans son expression, selon laquelle le moi élit un objet. Il voudrait s'incorporer cet objet et cela, conformément à la phase orale ou cannibalique du développement de la libido, par le moyen de la dévoration.²⁷⁶

²⁷³ FREUD, S. (1915b). *Op.cit.*, p.94.

²⁷⁴ FREUD, S. (1915b). *Ibid.*, p.168.

²⁷⁵ FREUD, S. (1915b). *Ibid.*, p.169

²⁷⁶ FREUD, S. (1915b). *Ibid.*, p.157

La conceptualisation freudienne de la problématique à l'œuvre dans la mélancolie, nous invite à poser l'hypothèse d'un lien mélancolique à l'objet, lien permettant d'assurer la survie psychique du sujet. En effet, les précédents développements concernent une organisation intrapsychique, celle de la problématique mélancolique.

Or, dans le cas de Charline, c'est finalement la « solution addictive » qui est venue en quelque sorte prendre en charge cette problématique, la portant « à l'extérieur », en « l'incarnant », en la projetant via le recours à un objet externe, dans un mouvement de survie psychique.

4.2.3 L'hypothèse d'un lien mélancolique à l'objet

Sans doute est-il opportun, à présent, de faire à nouveau référence à la question de la « contrainte par corps », à laquelle renvoie l'étymologie médiévale du mot « addiction » :

L'acception médiévale du terme, héritée du droit romain, renvoie à une « contrainte par corps » prononcée à l'encontre d'un débiteur ne pouvant honorer ses dettes. Cette mise en jeu du corps, ostentatoire dans l'addiction toxicomaniaque, a ceci de singulier dans l'économie addictive, que le corps somatique apparaît dans l'exacte mesure inverse d'une éclipse du corps psychique, du corps d'une psychè se montrant là fragile dans sa fonction première de contenance. L'agir addictif résulte des défaillances rencontrées par la psychè pour élaborer un conflit sur la seule scène psychique, soit pour le représenter « à l'intérieur »²⁷⁷

Dans cette perspective, nous voyons comment la problématique existentielle à l'œuvre dans la mélancolie se voit « externalisée »²⁷⁸ dans l'addiction.

Encore faut-il que nous puissions mieux identifier les mécanismes mis en jeu. De quelle intrication entre pulsion de vie et pulsion de mort est-il question ? En d'autres termes, la solution addictive peut-elle ressortir d'un « montage »²⁷⁹ permettant au sujet d'échapper à la tentation mélancolique ? Ou, au contraire, la solution addictive tente-t-elle d'élaborer à l'extérieur, la problématique existentielle (il est difficile de parler ici de conflit) contenue sur le plan intrapsychique, dans la mélancolie ?

J'ai évoqué, au cours de l'exposé de ma rencontre avec Charline, la façon dont avaient évolué ses rapports amoureux. Au début de sa psychothérapie, Charline n'a eu de cesse de souligner l'intensité de sa souffrance au cours de sa seule relation amoureuse. Elle avait vécu

²⁷⁷ NOAILLE, P. (2002). « La toxicomanie comme état-limite » In *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, p. 88-89.

²⁷⁸ NOAILLE, P. (2002). *Ibid.*, p. 104.

²⁷⁹ LE POULICHET, S. (1987). *Op.cit.*, p. 99.

quelques mois de relation avec un jeune homme de son âge, décrit comme le seul homme « *bien* » qui lui eut été donné de rencontrer. Mais cette relation s'était soldée par un abandon, prouvant, d'après elle, qu'elle ne méritait pas d'être aimée.

S'ensuivent plusieurs années, où, prise dans les affres de son addiction, elle ne songe plus à vivre une quelconque relation sentimentale. Toutefois, après une petite année d'abstinence au produit, Charline me dit connaître un intense état d'excitation sexuelle, qu'elle cherche à soulager et satisfaire. C'est dans ce contexte, que via un site de rencontre, qu'elle noue une relation avec l'homme dont elle tombe enceinte. Car Charline se découvre attachée affectivement à cet homme, attachement qu'elle questionne à plusieurs reprises et contre lequel elle tente de lutter, sans pour autant être, non plus, capable de s'inscrire dans une véritable addiction sexuelle. Ainsi, Charline se dépeint sous les traits d'une « *consommatrice de sexe* », ce qu'elle n'est pas dans la réalité.

Néanmoins, au moindre signe de réticence de la part de son amant, Charline accepte d'avoir un rapport sexuel dit « *non protégé* ». Ainsi, si son amant refuse de faire l'amour avec elle sans « *protection* », c'est parce qu'elle n'est pas désirable, mais s'il accepte, cela prouve qu'elle est certes désirable mais qu'elle ne mérite pas le respect...

Lorsque je la questionne sur ce cercle infernal, Charline me raconte à nouveau comment sa mère, en proie au délire, l'avait insultée à de très nombreuses reprises, lui disant qu'elle n'était « *bonne à rien, qu'elle n'était qu'une sale chienne et qu'elle ne trouverait jamais de mari* ».

Elle semble attendre des deux hommes avec lesquels elle s'est inscrite dans une relation, qu'ils ne la « *consomment* » pas, qu'ils déjouent le piège de la séduction dans lequel elle les entraîne, qu'ils lui apportent une limite. C'est finalement une certaine forme d'abstinence qu'elle attend d'eux. Il est notable à cet égard, que Charline n'a rencontré que des hommes qui étaient des pères. Qu'attendait-elle de ces « *pères* » ?

Charline attire ses amants dans sa chambre en se faisant passer pour ce qu'elle n'est pas, une « *addict au sexe* ». Toutefois, au cours d'un de nos entretiens, Charline se plaint du manque d'intérêt de son amant, il ne vient que pour la « *baiser* » ! Elle s'indigne notamment que cet amant ne lui ait posé « *aucune question* » sur la photo d'elle et de sa mère, qu'elle a, depuis quelque temps, exposée sur sa table de chevet.

Son indignation me surprend et relance mon questionnement quant au nouveau scénario à l'œuvre dans ses relations aux hommes. Quelles paroles attend-elle de cet amant ? Charline attend que cet homme lui demande qui sont la petite fille et la femme réunies sur cette photo. Elle voudrait avoir l'occasion de parler à cet homme de la mort de sa mère. Elle dit attendre une certaine forme de compassion et de tendresse, en un mot, elle veut que son amant s'intéresse à son histoire, et ne la consomme pas.

4.2.3.1 La réactivation de la figure de la mère morte

C'est en fait un regard et une tendresse paternelle de père, regard et tendresse qui viendraient témoigner de l'existence de sa relation à sa mère et du désespoir connu au moment de sa mort, qu'elle espère. Elle aurait besoin que son père partage son deuil et témoigne de la relation que mère et fille ont eue. J'associe sur le fait que Charline me dit n'avoir jamais pu parler de la mort de sa mère avec son père et que celui-ci n'a « *pas versé une larme au cours de l'enterrement de sa femme* ».

Quelque temps plus tard, je découvre qu'en réalité, ni le père, ni les enfants n'ont jamais déclaré le décès de la mère de Charline. Dans ce contexte, sa mère n'étant pas déclarée comme morte, Charline n'a rien hérité de sa mère, si ce n'est cette figure de « mère morte » mais non reconnue comme telle, et maintenue, ni morte, ni vivante dans la psychè familiale.

Tout se passe comme si Charline attendait de ses amants-pères, un investissement affectif, non sexuel, qui lui permettrait de se dégager de l'emprise de cette « mère morte » interne. C'est finalement d'une greffe d'Eros dont il serait ici question, Eros dans sa dimension de pulsion de vie. Ce que Charline attend, c'est à la fois, une reconnaissance de la mort de sa mère et surtout une reconnaissance de la réalité du lien qui a, un temps, existé entre elle et sa mère, mais qui n'a pas pu prendre corps, du fait des fragilités psychiques de sa mère.

Il est important ici de clarifier l'hypothèse que nous faisons quant à la réactivation en Charline de la figure de la « mère morte », en elle, à la suite du décès de sa mère.

Dès le début du texte, A. Green, précise bien que la figure de la « mère morte » vient s'imposer, dans le psychisme de l'*infans*, non pas consécutivement à la mort de la mère mais à la suite du désinvestissement de l'*infans*, par la psychè maternelle en proie à un deuil, ou à une blessure narcissique. Il note néanmoins que :

Les conséquences de la mort réelle de la mère – surtout lorsque celle-ci est le fait d'un suicide – sont lourdement dommageables pour l'enfant qu'elle laisse derrière elle. La symptomatologie à laquelle elle donne lieu est immédiatement rattachable à cet événement, même si l'analyse devait montrer ultérieurement que **la catastrophe n'a été irréparable qu'en raison de la relation mère-enfant qui a précédé la mort.** (...) Il se pourrait en effet que l'on soit à même de décrire en ce cas des modes relationnels qui s'apparentent à ce que je m'apprête à aborder.²⁸⁰

Dans cette perspective, nous faisons l'hypothèse que ce n'est pas la mort réelle de la mère de Charline qui a réactivé, en elle, la figure de la « mère morte ». En revanche, la non-reconnaissance, notamment par le père, de la mort réelle la mère de Charline, a pu confronter à nouveau Charline à cette figure de mère morte interne, en ce qu'elle venait nier l'existence même du lien entre mère et fille, mais également confirmer une forme de clivage.

En effet, en niant la mort de sa femme, ce père venait également nier l'existence de cette femme, et partant, le lien qui les avait unis et qui était à l'origine de la venue au monde de leurs enfants. Ce père, en s'inscrivant dans une problématique de deuil impossible, venait remettre en cause le désir et l'amour dont Charline avait été le fruit, confirmant la condamnation à mort prononcée par la mère de Charline.

Dans ce contexte, Charline se trouvait condamnée, depuis la mort de sa mère, à tenter de ranimer cette figure de « mère morte », sans pouvoir utiliser les mécanismes de réparation de la mère réelle, qui avaient eu cours jusqu'alors et dont il nous faut à présent préciser la teneur.

Nous nous sommes, précédemment, attachés à montrer comment l'addiction venait tenter de rétablir le sentiment continu d'exister du sujet. Nous avons également montré en quoi ce sentiment continu d'exister venait s'établir au cours de la période de dépendance vitale à l'œuvre au temps de la « préoccupation maternelle primaire ».

Si nous avons étudié les mécanismes de survie psychique à l'œuvre chez le sujet addicté adulte, il nous faut également revenir sur les mécanismes de survie psychique mis en place dans la psychè de l'*infans*.

²⁸⁰ GREEN, A. (1983). *Op.cit.*, pp. 222-223, c'est nous qui soulignons.

4.2.3.2 Une fausse réparation

Nous avons étudié ces mécanismes à travers notre compréhension du texte de Ferenczi : « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort »²⁸¹. Dans cet article, Ferenczi illustre son propos par une vignette clinique d'une patiente alcoolique :

Un cas d'alcoolisme, chez une femme encore jeune, se révéla être un cas particulièrement grave de dégoût de la vie, présent depuis l'enfance, (...). Elle put se rappeler, (...), qu'elle fut –troisième fille d'une famille sans garçon-accueillie de façon très peu aimante. Naturellement elle se sentait innocente, tentait, par une rumination précoce, d'expliquer la haine et l'impatience de sa mère. Elle a gardé toute sa vie durant, un penchant pour la spéculation cosmologique, avec une pointe de pessimisme. De même, ses ruminations sur l'origine de tout ce qui est vivant n'étaient qu'un prolongement de la question restée sans réponse : mais pourquoi donc m'a-t-on mise au monde, si on n'était pas disposé à m'accueillir aimablement ?²⁸²

Ferenczi met ces symptômes en relation avec le lien précoce mère-*infans* qui s'est trouvé perturbé du fait du « mauvais » accueil fait par la mère à son bébé :

En venant au monde, les deux patients [présentant une tendance à l'autodestruction] ont été *des hôtes non bienvenus dans la famille*. (...) Tous les indices montrent que ces enfants ont remarqué les signes conscients et inconscients d'aversion ou d'impatience de la mère, et que leur volonté de vivre s'en est trouvé brisée.²⁸³

Ferenczi met au jour le caractère central de la notion d'accueil dans la relation mère-*infans*. C'est de la qualité de celui-ci que dépend non seulement la survie physique de l'enfant mais également l'affaiblissement des pulsions de mort au profit des pulsions de vie :

(..), au début de la vie, intra - et - extra-utérine, les organes et leurs fonctions s'épanouissent avec une abondance et une rapidité surprenante – mais seulement dans des conditions particulièrement favorables de protection de l'embryon et de l'enfant. L'enfant doit être amené par une prodigieuse dépense d'amour, de tendresse et de soins, à pardonner aux parents de l'avoir mis au monde sans lui demander son intention, sinon les pulsions de destruction se meuvent aussitôt.²⁸⁴

Ferenczi n'hésite pas à établir très fermement le lien de dépendance psychique totale de l'*infans* à l'égard de la psychè maternelle :

(...) le nourrisson, contrairement à l'adulte, est encore beaucoup plus près du non-être individuel, dont il n'a pas été éloigné par l'expérience de la vie. Reglisser vers ce non-être pourrait donc, chez les enfants, se passer beaucoup plus facilement.²⁸⁵

²⁸¹ FERENCZI, S. (1929). *Op.cit.*

²⁸² FERENCZI, S. (1929). L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort. In *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1996, 76-81, p.78.

²⁸³ FERENCZI, S. (1929). *Ibid.*, p.77-78.

²⁸⁴ FERENCZI, S. (1929). *Ibid.*, p.79.

²⁸⁵ FERENCZI, S. (1929). *Ibid.*

La construction du monde interne de l'enfant qui ne peut s'opérer que dans une expérience de mutualité, s'avère alors fort compromise, car, comme le souligne Nicole Jeammet : « la mère (...) qui refuse, (...), tout partage réel et toute mutualité, donne la mort affective. »²⁸⁶

Dans ce temps de passage du non-être à l'être, dans ce temps de naissance psychique, l'*infans* doit se voir « accueilli » par une psychè maternelle, ayant pu élaborer pour elle-même, sa propre venue au monde. Nous évoquons la haine, comme une donnée structurale, dans la relation mère-*infans*. Il nous faut y inclure la question de la haine interne à la psychè maternelle, comme produisant les conditions d'existence de son propre psychisme. C'est-à-dire que la psychè maternelle doit contenir et intégrer la haine vis-à-vis de l'*infans* mais aussi contenir sa propre haine, à l'endroit de ses propres figures parentales, pour lui avoir donné la vie.

Comme la perspective ferenczienne nous invite à le penser, c'est l'attaque même du fonctionnement psychique et de ses fondements qui se trouvent en cause. C'est la scène psychique elle-même qui se voit ici déchirée et toujours menacée :

Le narcissisme indispensable comme base de la personnalité, c'est-à-dire la reconnaissance et l'affirmation du moi propre comme entité réellement existante, précieuse, de dimension, forme et sens déterminés, ne peut s'acquérir que si l'intérêt positif du monde environnant - disons, sa libido - cautionne en quelque sorte par une pression externe la consistance de cette forme de personnalité. Sans une telle pression en retour, disons d'amour en retour, l'individu tend à exploser, à se dissoudre dans l'univers, peut-être à mourir.²⁸⁷

La psychè de l'*infans*, en proie à l'effraction traumatique, met en place un clivage lui permettant d'éviter une répétition du traumatisme, en prenant à son compte la honte de l'agresseur mais aussi, en se transformant en « en psychiatre »²⁸⁸ ou en un « véritable substitut maternel »²⁸⁹.

Comment pouvons-nous penser ces mécanismes dans le cas de Charline ?

C'était dans un temps de séparation que Charline avait découvert sa grossesse, dans un temps où elle devait quitter la maison familiale pour emménager dans l'appartement thérapeutique. Si Charline adhérait pleinement au projet, elle nous avait fait part de sa crainte d'abandonner la maison familiale. Elle m'avait effectivement confié que sa mère « *s'était saignée* » pour devenir propriétaire de cette maison. Du travail du père, il n'était pas question.

²⁸⁶ JEAMMET, N. (1989). *La haine nécessaire*. Paris, Puf, p.98.

²⁸⁷ FERENCZI, S. (1932). *Journal clinique*. Paris, Payot, 2004, p.189.

²⁸⁸ FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*, p. 133.

²⁸⁹ FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*

Charline redoutait qu'en son absence, le syndrome de Diogène de son père ne trouve plus de limites, réduisant à néant le dur labeur de sa mère.

C'est donc dans ce temps de séparation que l'identification inconsciente à la mère est venue se cristalliser, permettant sans doute à Charline de quitter la maison familiale, en emportant, dans son ventre, une partie de l'histoire de sa mère, celle des avortements ayant précédé le mariage de ses parents. En emportant avec elle cette part de l'histoire de sa mère, elle pouvait également protéger fantasmatiquement sa mère de la violence du père, mais également venir inscrire dans sa chair, les blessures laissées par la folie de la mère dans sa propre psychè, dans l'espoir d'une possible cicatrisation.

De plus, elle préservait également l'image idéalisée de cette mère, en lui donnant en quelque sorte raison, en se conduisant, dans son fantasme, comme une « *chienne qui ne trouverait jamais de mari* ».

Cette maison portait encore, pour Charline, les stigmates de la folie maternelle. En effet, le domicile familial avait été le théâtre de la folie de la mère, qui, par exemple, au cours de ses accès délirants, avait pour habitude de répandre de l'eau. Charline me disait voir encore inscrites sur les murs les traces de l'eau répandue par la mère au cours d'un épisode délirant, traces que Charline tentait d'effacer, ce qui ne manquait pas de lui valoir en retour une bordée d'injures. Charline avait également été le témoin de rituels voués à « désenvoûter » sa mère, rituels dont elle ignorait totalement la signification.

Au cours de l'un d'eux, elle gardait le souvenir d'avoir vue sa mère être littéralement torturée et l'implorer du regard pour qu'elle fasse cesser son supplice. Charline avait été pétrifiée de terreur et avait été chassée de la pièce par une des personnes participant à ce rituel.

Ce lieu était pour Charline un lieu hanté par la honte à plusieurs titres. D'abord, par la honte liée au mécanisme d'identification à l'agresseur identifié par Ferenczi dans son article « Confusion de langues »²⁹⁰. C'est-à-dire que, face à la folie parentale, Charline avait intériorisé le sentiment de honte qu'auraient dû ressentir ses parents.

Comme l'affirme Ferenczi : « la personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de

²⁹⁰ FERENCZI, S. (1933). *Op.cit.*, pp. 132-133.

celui qui la menace ou l'agresse »²⁹¹. Le trauma dans la conception ferenczienne aboutit au clivage, à l' « atomisation »²⁹² de la personnalité de l'*infans*.

Dans ce contexte, Charline portait en elle la honte liée au traumatisme infligé par la folie parentale. En outre, Ferenczi souligne qu'en réaction au traumatisme, la psychè de l'*infans* se voit contrainte de développer, en urgence, des capacités psychiques matures : « Une détresse extrême, et surtout, l'angoisse de la mort, semblent avoir le pouvoir d'éveiller et d'activer des dispositions latentes, non encore investies, et qui attendaient leur maturation en toute quiétude. »²⁹³

Dans ce contexte, la psychè de l'*infans* se construit entièrement autour de ce clivage voué à maîtriser l'effraction traumatique : la psychè de l'*infans* s'engage, non pas dans la prise en charge de son propre sentiment de honte, mais bien dans celle que devrait ressentir son agresseur.

Cette question du clivage de la personnalité est également théorisée par Winnicott²⁹⁴, dans le texte intitulé, « La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression »²⁹⁵.

Dans ce texte, Winnicott décrit la situation clinique suivante : un enfant « particulièrement charmant » est amené en consultation. Il fait preuve d'une vivacité particulière qui « modifie sur le champ votre humeur, vous fait vous sentir plus léger »²⁹⁶. Cependant cet enfant agréable et séduisant présente des troubles du comportement assez marqués dans l'environnement familial.

Winnicott attribue ce phénomène au fait que l'enfant ne prend pas en charge sa propre dépression, sa propre haine et par là sa propre culpabilité mais celle de la mère. Dès lors, ses activités de réparation sont dévouées, totalement ou en partie, à faire face à la dépression maternelle. Ainsi :

Dans les cas extrêmes, on s'aperçoit que ces enfants sont confrontés à une tâche qu'il n'est pas possible de remplir. Ils doivent d'abord faire face à l'humeur maternelle. S'ils accomplissent cette première tâche, ils n'auront fait que créer une atmosphère dans laquelle ils seront en mesure de *démarrer leur propre vie*.²⁹⁷

²⁹¹ FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*, p. 131.

²⁹² FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*, p. 125.

²⁹³ FERENCZI, S. (1933). *Ibid.*, pp. 132-133.

²⁹⁴ Il est d'ailleurs aussi étonnant que décevant que Winnicott n'ait jamais fait mention de la filiation théorique l'unissant à Ferenczi.

²⁹⁵ WINNICOTT, D.W. (1948). La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 83-89.

²⁹⁶ WINNICOTT, D.W. (1948). *Ibid.*, p.84.

²⁹⁷ WINNICOTT, D.W. (1948). *Ibid.*, p.85, c'est Winnicott qui souligne.

L'enfant pris dans l'humeur maternelle peut être tenté de prendre en charge la dépression qui la sous-tend et de développer ce que l'on serait tenté d'appeler une humeur de surface réparant la dépression maternelle. La plupart des motions pulsionnelles de l'enfant sont mises non pas au service de ses expériences propres mais au service de la dépression de la mère, ce qui permet au sujet d'éviter de se confronter à la sienne propre. Là encore, nous retrouvons un phénomène de modification de l'orientation du moi, centré non pas vers les motions pulsionnelles du sujet mais dévoué à le protéger des défaillances de l'environnement.

Nous retrouvons également une distorsion de la capacité du sujet à exister, à se sentir réel. En effet, comme le précise Winnicott, la réparation ainsi mise en place est une « réparation fausse »²⁹⁸ car elle n'est pas le reflet de la culpabilité singulière de l'enfant mais se trouve destinée à prendre en charge l'humeur maternelle. Dès lors, les succès de l'enfant sont placés sous « la menace constante [d'être dérobés] par la mère (...). »²⁹⁹

L'adaptation ne se fait plus de l'environnement vers l'enfant mais bien de l'enfant vers l'environnement et ceci afin de protéger le moi. La psyché de l'*infans* va alors se soumettre, dans un registre très précoce au milieu qui l'entoure afin de pouvoir protéger le *self* authentique, qui va rester à l'état latent :

(...) l'individu est menacé d'être séduit par une vie artificielle et les instincts vont alors du côté de l'environnement séducteur. (...) Une telle séduction, réussie, peut être à l'origine d'un faux *self*, qui semble satisfaisant à l'observateur irréfléchi, bien que la schizophrénie soit latente et qu'en fin de compte il soit nécessaire de la soigner. Le faux *self*, qui s'est développé sur une base de soumission, ne peut arriver à l'indépendance de la maturité, sauf s'il s'agit d'une pseudo-maturité dans un milieu psychotique.³⁰⁰

La mise en place d'un faux *self*, modelé à partir des contraintes de l'environnement, permet ainsi d'isoler définitivement le vrai *self*, sans cesse confronté aux empiètements de l'environnement. Il s'agit donc d'une mesure extrêmement coûteuse recourant au mécanisme du clivage. Sa mise en place relève d'une ultime tentative de survie menée d'une manière paradoxale. En effet, si le vrai *self* est protégé, il ne peut se développer et encore moins s'exprimer, il reste comme embaumé, isolé du reste du monde : c'est l'existence même du sujet dans sa dimension psychique qui est alors hypothéquée. Dès lors, « (...), l'enfant ne parvient pas à exister vraiment (*come to existence*), puisqu'il n'y a pas de sentiment de continuité d'être

²⁹⁸ WINNICOTT, D.W. (1948). *Ibid.*

²⁹⁹ WINNICOTT, D.W. (1948). *Ibid.*, p.86.

³⁰⁰ WINNICOTT, D.W. (1952 b). *Op.cit.*, p.194.

(*no continuity of being*) ; la personnalité s'édifie alors sur la base de réactions aux empiètements de l'environnement. »³⁰¹

Nous avons vu que les carences dans les soins maternels pouvaient entraîner chez l'enfant la mise en place progressive d'un faux *self*, édifié sur la base d'un clivage précoce. Les besoins de l'enfant vont être progressivement mis en sourdine et l'enfant pourra présenter une adaptation de surface au monde qui l'entoure. Le moi ne peut se développer sur la base de la satisfaction des besoins psychiques et physiques et est un moi discontinu, immature, ne pouvant fournir au sujet un réel sentiment d'existence.

Nous faisons l'hypothèse que dans le cas de Charline, la mort de sa mère, mort non-reconnue par le père, est venue la priver d'un quelconque espoir de possible réparation. Au contraire, la mort réelle de sa mère a pu venir réactiver le caractère dévastateur de la culpabilité primaire à l'œuvre chez Charline au moment de ce qui aurait dû être sa naissance psychique.

Comment ce sentiment d'existence prend-il corps dans le registre spéculaire ? Ou autrement dit : comment peut-on perdre un objet qui n'a pas été trouvé ?

4.2.3.3 Le visage de la mère comme miroir

Dans ce texte, Winnicott enrichit sa conception des différentes fonctions de l'environnement par une expérience vécue par l'enfant, qui conduit celui-ci à voir son propre reflet modelé par l'expression du visage maternel.

Winnicott développe l'hypothèse selon laquelle l'*infans* se voit reflété dans l'expression émotionnelle du visage maternelle qui le contemple : « Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et **ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit.** »³⁰²

L'échange mère-enfant initié par l'enfant qui plonge son regard dans celui de sa mère est inexistant et vient peu à peu décourager les tentatives de l'enfant :

Nombre de bébés se trouvent longtemps confrontés à l'expérience de ne pas recevoir en retour ce qu'eux-mêmes sont en train de donner. Ceux-là regardent mais ne se voient pas eux-mêmes. Ce qui ne va pas sans conséquences. (...) Le visage de la mère n'est alors pas un miroir. Ainsi donc, la perception prend la place de l'aperception. Elle se substitue à ce qui pourrait être un début d'un échange significatif avec le monde, un processus à double direction où

³⁰¹ WINNICOTT, D.W. (1960). *Op.cit.*, p.377.

³⁰² WINNICOTT, D.W. (1971). *Op.cit.*, p.155, c'est Winnicott qui souligne.

l'enrichissement du soi alterne avec la découverte de la signification des choses vues. (...) Si le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient alors une chose qu'on peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder.³⁰³

Un phénomène mortifère se met en place, phénomène au cours duquel, l'animé, l'émotionnel, la vie psychique, se voient réduits au statut d'une chose froide et inanimée. S'ensuit une véritable perte de sens pour l'enfant venant remettre en cause son sentiment d'existence et gravement oblitérer sa capacité d'être au monde. Winnicott fait l'équation suivante : « Quand je regarde, on me voit, donc j'existe, je peux alors me permettre de regarder et de voir, je regarde alors créativement et ce que j'aperçois (aperception), je le perçois également. »³⁰⁴

Le fait d'être vu par la mère et par là de faire l'expérience de se voir en l'autre, conditionne les possibilités de l'enfant d'investir la réalité extérieure comme une source d'enrichissement potentiel et de la faire sienne.

Nous voyons comment l'expérience primaire du rôle de miroir de soi du visage de la mère est constitutive de la naissance de la subjectivité. Tout d'abord, en ce qu'elle est à la base même du sentiment d'existence de l'enfant : exister, c'est d'abord exister dans la psyché maternelle et voir ce reflet modelé par l'investissement maternel. Exister, c'est également être reconnu par cet autre. L'expérience du reflet de l'enfant dans le visage de la mère vient constituer pour l'enfant un premier témoignage de sa propre existence.

En effet, le reflet présent dans le visage de la mère est le fruit de l'investissement de l'*infans* par la mère et vient donc se colorer d'une tonalité affective en lien avec la relation qu'elle entretient avec son enfant. Cette coloration affective des traits du visage de la mère vient attester de la réalité de la relation, une relation d'échange, de partage où il existe pour l'enfant une réponse à son propre regard. Si le monde peut donc lui renvoyer quelque chose de lui, il peut s'y retrouver et celui-ci devient un partenaire possible dans la relation objectale. Il s'agit d'un monde vivant, d'un monde qui répond. P. Fédida oppose ce monde vivant, conceptualisé par lui comme un « *espace* », à un « *décor* » :

Par contre, ce que l'analyse permet de reconstruire -(...) c'est la place dont s'est désigné un vide dans ce rapport : ce vide est celui qui s'installe entre un regard et le visage qui ne répond pas, entre un corps de bébé et le geste maternel pensant à autre chose, absent en quelque sorte, entre soi et l'autre qui reste fermé on ne donne en retour qu'une image trompée - une image dans laquelle le bébé ne se reconnaît pas. (...) Tout ce qui se passe et surtout se parle entre une mère et son enfant est ce temps : le vide y est espace. Si le temps est soustrait, le vide ne peut plus être espace : il est pour l'enfant la menace envahissante d'être rien ; de ne pas exister. **Ce vide**

³⁰³ WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*, pp.155-156.

³⁰⁴ WINNICOTT, D.W. (1971). *Ibid.*, p.158.

est l'abstraction frigide d'un environnement devenu décor. La prise en charge de patients dépressifs gagne à se rappeler qu'il n'est pire déréalisation que celle d'un cadre vide - d'un miroir vide.³⁰⁵

Nous voyons comment la métaphore du décor vient signifier la réification de l'espace relationnel primitif et par là de la dissolution du lien à l'autre. Nous pouvons souligner le lien établi par P. Fédida, mais également par Winnicott, entre la non-réponse de la mère et la perte de la possibilité pour l'enfant d'investir le monde environnant. Le monde ne peut prendre consistance, aux yeux du sujet, que si celui-ci a lui-même pris consistance, pour ne pas dire corps, à travers le regard et les soins maternels.

Ainsi, pour pouvoir investir le monde, pour que celui-ci puisse avoir un sens aux yeux du sujet, il faut avoir pu faire l'expérience précoce de cet espace de mutualité mère-enfant dans lequel le regard maternel vient communiquer à l'enfant quelque chose de son existence et de l'investissement affectif dont il est l'objet. C'est cet investissement primaire qui lui permettra, à son tour, de percevoir le monde qui l'entoure, c'est-à-dire de l'investir, si nous suivons Winnicott, sur un mode « créatif » :

Pour être créateur, l'individu doit exister et sentir qu'il existe : ce n'est pas un sentiment conscient, c'est simplement une base à partir de laquelle il agit. La créativité, c'est donc le « faire » qui dérive de « l'être ». Elle montre que celui qui est, est vivant.³⁰⁶

La vie créative se définit de la façon suivante :

Par vie créatrice, j'entends le fait de ne pas être tué ou annihilé continuellement par soumission ou par réaction au monde qui empiète sur nous ; j'entends le fait de porter sur les choses un regard toujours neuf. Je fais référence à l'aperception par opposition à la perception.³⁰⁷

Nous comprenons cette créativité comme le maintien et l'affirmation de la singularité du sujet dans son rapport au monde. C'est un rapport actif, vivant, reflet du sentiment d'existence du sujet. Il produit un enrichissement mutuel entre le monde et le sujet car c'est à travers cette vie créatrice que le sujet peut bénéficier des possibilités du monde et par là s'y inscrire pleinement. Cette dimension est finalement profondément celle du lien, de l'Eros qui vient ici s'opposer à la catégorie de l'étranger. C'est bien un lien d'appartenance au monde qui se fonde ici dans l'espace premier de la relation mère-enfant : « Se sentir réel, c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'exister soi-même, **pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi** où se réfugier afin de se détendre. »³⁰⁸

³⁰⁵ FEDIDA, P. (1978). *L'Absence*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2005, pp.317-318, c'est nous qui soulignons.

³⁰⁶ WINNICOTT, D.W. (1970). *Vivre créativement*. In *Conversations ordinaires*. Paris, Gallimard, coll « Folio », 2006, 54-77, p.54.

³⁰⁷ WINNICOTT, D.W. (1970). *Ibid.*, p.57.

³⁰⁸ WINNICOTT, D.W. (1971). *Op.cit.*, p.161, c'est nous qui soulignons.

Nous voyons ici comment la question de l'image, du reflet et du miroir, intervient dans la constitution du *self*. Le narcissisme se constitue à travers cette expérience fondatrice, pour l'*infans*, de se trouver reflété dans la psychè maternelle. Il est également le corollaire de la possibilité pour le sujet d'établir un lien familial avec ses objets internes et avec le monde extérieur. Nous pouvons également mieux comprendre, dans la perspective winnicotienne, comment l'expérience, pour l'*infans*, de se voir reflété dans la psychè maternelle, vient conditionner la possibilité d'accès à la problématique de perte d'objet, à travers la notion de « créativité ».

Faute de s'être vu reflété dans la psychè maternelle, le sujet addicté tente de créer quelque chose de ce reflet de lui-même, à travers les mécanismes que nous avons précédemment exposés. Dans ce contexte de naissance psychique non advenue, le sujet addicté se voit soumis, à un « impératif d'auto-engendrement »³⁰⁹. Nous avons vu, au cours du troisième temps de notre réflexion, comment le « montage » à l'œuvre dans l'addiction, tel que le théorise S. Le Poulichet, permet de procurer au sujet un narcissisme éphémère. Toutefois, qu'en est-il, lorsque le sujet ne dispose plus de ce recours ? Comment le sujet peut-il assurer sa survie psychique, une fois le recours au toxique abandonné ?

4.2.4 Un masochisme gardien de la vie ?

4.2.4.1 Anéantir la vie en soi pour se sentir exister

Il est notable de constater que, dans les relations amoureuses de Charline, nous sommes passés d'un rapport typiquement mélancolique, au début de sa psychothérapie, à la mise au jour d'une dimension masochiste à l'œuvre dans sa problématique alors qu'elle était devenue abstinerente.

Cette dimension masochiste a pris une tournure insupportable pour moi, non dans l'expression de la sexualité de Charline, mais bien autour de cette question du risque pris par Charline de tomber à nouveau enceinte, après avoir subi cet avortement.

³⁰⁹ LE POULICHET. S. (2005). L'informe temporel: s'anéantir pour exister. In *Recherches en psychanalyse*, 3, pp.21-29, p. 5.

Cet avortement a été une épreuve pour Charline, épreuve à traverser au moment où elle pouvait enfin accéder à un espace de sécurité via son emménagement dans un appartement thérapeutique. De plus, cet avortement était absolument scandaleux pour Charline, qui, au moment où elle effectuait les démarches pour le réaliser, se percevait comme une femme meurtrière, « tueuse d'enfants ». Ensuite, parce que cette première grossesse de Charline venait faire à faisait écho à la mienne, dont Charline avait été le témoin au cours de l'année précédente. Enfin, parce que son amant n'a pas su la soutenir et l'a quittée, la confortant ainsi dans son image de « *chiienne qui ne trouverait jamais un mari* » sentence prononcée par sa mère.

A de très nombreuses reprises, Charline a mis en avant les propos destructeurs tenus par sa mère, femme décrite comme une épouse dévouée, une mère aimante pétrie de fortes convictions religieuses. Pendant et après cet épisode, Charline n'a eu de cesse de me dire combien elle avait honte d'elle-même, combien sa mère l'aurait honnie pour avoir donné la mort à son propre enfant, pour avoir défié ses principes religieux et pour avoir jeté à nouveau l'opprobre sur la famille. Bref, la démarche avait été fort douloureuse sur le plan psychique pour Charline et je me suis en quelque sorte révoltée, indignée, que Charline prenne le risque de renouveler l'expérience.

Par ailleurs, si j'avais toute confiance dans la capacité de Charline à mener à bien sa « candidature »³¹⁰ quant à l'hébergement thérapeutique, bien des aléas institutionnels, ont, en coulisse, transformé son accompagnement dans ce processus en véritable calvaire. Il n'est pas opportun de les évoquer ici, si ce n'est en soulignant l'importance de mon engagement à son égard. Néanmoins, je pense que ces épreuves, ont encore intensifié notre lien transféro-contre-transférentiel. C'est sans doute ce qui m'a permis de comprendre que Charline était enceinte, quand rien ne pouvait le laisser deviner, si ce n'est le fil de sa honte.

En effet, j'ignorais totalement que Charline n'utilisait pas de moyens contraceptifs fiables. Je ne peux attribuer mon intuition qu'à cette intensification des mouvements transféro-contre-transférentiels exacerbés dans ce temps où je me battais pour faire admettre Charline dans le « ventre institutionnel » représenté par l'appartement thérapeutique.

Il est d'ailleurs notable que Charline ait souhaité garder secrets aussi bien sa grossesse que son avortement, craignant que son état remette en cause son admission dans l'appartement thérapeutique. Ainsi, Charline m'a imploré de garder sa grossesse secrète, aux yeux de l'équipe.

³¹⁰J'utilise le mot employé par l'institution.

J'ai respecté en partie sa demande, car j'ai partagé sa crainte de voir son admission dans l'appartement compromise, eu égard au chemin de croix institutionnel que j'avais dû traverser pour mener à bien mon projet thérapeutique. Dans un mouvement d'angoisse, j'ai toutefois confié ce secret à une de mes collègues psychologue, qui connaissait bien Charline, pour m'avoir remplacée auprès d'elle au cours de mon congé maternité. J'avais déjà gardé secrète sa réelle identité, préservant son anonymat aux yeux de l'équipe, alors que Charline m'avait révélé son prénom, puis quelque temps plus tard, son nom de famille. Je décidai de respecter, à nouveau, son souhait de garder en moi sa part de honte.

Dans ce contexte, apprenant que Charline prenait le risque d'une nouvelle grossesse, j'ai eu, à nouveau envie d'agir, de l'adresser au Planning Familial, de l'amener à prendre la « pilule ». Son mode de contraception était alors la pilule du lendemain, qu'elle prenait consciencieusement après chaque rapport sexuel mais qui n'avait pas fonctionné quelques mois auparavant. En effet, Charline refusait de prendre régulièrement une pilule contraceptive sous de multiples prétextes et ne voulait pas entendre parler d'autres moyens de contraception. Ceci me laissa penser que quelque chose de l'ordre de son rapport antérieur à différentes substances venait se jouer dans la prise, irrégulière, de cette contraception dite « d'urgence ».

C'est-à-dire que j'aurais dû être plus attentive lorsque Charline évoquait son « addiction sexuelle ». Je persiste à croire qu'elle n'était pas en train de remplacer une addiction médicamenteuse par une addiction sexuelle. En revanche, se jouait pour elle quelque chose de l'ordre de sa problématique addictive via la prise de cette pilule « du lendemain », dans un subtil alliage entre Eros et Thanatos.

Nous pouvons voir poindre à nouveau la question de cet impératif d'auto-engendrement, mis au jour par S. Le Poulichet, à travers le cas de cette patiente, via le rapport addictif, vécu/retrouvé avec la pilule du lendemain. Cette prise avait pour but de tuer dans l'œuf, le « produit » de son rapport sexuel en provoquant, dans le fantasme de Charline, un avortement imaginaire. Comme beaucoup de femmes, Charline pensait que l'action de cette pilule avait pour but d'entraîner « un mini avortement ». Ainsi, un avortement imaginaire venait remplacer la réalisation de l'avortement. Par ailleurs, je me suis demandé de quoi ou de qui Charline souhaitait avorter et/ou de quelle naissance potentielle il pouvait être question.

Souhaitait-elle tuer la mère en elle ? Souhaitait-elle sauver sa mère en elle, paradoxalement en tuant son propre « enfant », c'est-à-dire en ne devenant pas mère à son tour

? Cette nouvelle forme d'addiction lui permettait-elle de s'essayer à la sexualité, tout en faisant barrière contre l'émergence affective vis-à-vis de l'homme auquel elle commençait à s'attacher, homme choisi précisément parce qu'elle savait qu'il l'abandonnerait ?

C'est dans cette perspective que le mécanisme qui prévalait jusqu'alors s'était déplacé sur cette étrange addiction à la non-naissance via cette question de l'avortement. S'agissait-il sur le plan fantasmatique de se donner naissance à elle-même et de se donner la mort, dans une tentative de révolte contre les figures parentales qui lui avaient donné la vie sans lui demander son avis pour la projeter dans un monde de souffrance ?

Ainsi je pensais à nouveau au texte de Ferenczi : « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort » : « L'enfant doit être amené par une prodigieuse dépense d'amour, de tendresse et de soins, à pardonner aux parents de l'avoir mis au monde sans lui demander son intention, sinon les pulsions de destruction se meuvent aussitôt. »³¹¹

Tentait-elle ainsi de se rendre maîtresse de son destin ? Paradoxalement, le mécanisme de l'identification narcissique, qui consistait à incorporer une part honteuse de l'histoire de sa mère, celle de ses avortements, ne s'était-il pas constitué dans une tentative, porteuse de vie psychique, de séparer leurs destins ? S'agissait-il là d'une tentative de détachement d'avec sa « mère morte » interne ? S'agissait-il ici d'une forme de masochisme « gardien de vie » ?

4.2.4.2 Rendre sa mort possible pour continuer à vivre psychiquement

En réalité, ce qui m'a alerté dans ce risque pris par Charline de tomber à nouveau enceinte, c'était l'équivalence qui se profilait déjà entre une nouvelle grossesse, partant un autre avortement et la réalisation de ses pensées suicidaires. Sans qu'elle ne l'ait jamais vraiment affirmé, Charline avait placé en moi, ce que j'ai, dans un premier temps, perçu comme une tentation suicidaire en elle. Comme je l'ai déjà exposé, ce suicide potentiel s'est imposé à moi dès notre première rencontre, alors même que Charline ne me faisait part d'aucune idée suicidaire. Pendant l'année qui a précédé son hospitalisation, Charline ne me parlait que de son envie de « crever ».

³¹¹ FERENCZI, S. (1929). *Op.cit.*, p. 79

Toutefois, ses prises de produits lui ont longtemps permis de rendre supportable son écrasante douleur psychique. Au moment où se profilait la question de la réalisation de son suicide potentiel, à travers l'élaboration d'un scénario suicidaire, j'ai été très surprise de voir que Charline avait suivi mon conseil de se rendre aux Urgences Psychiatriques et qu'elle avait pris la peine de me rassurer en m'informant de son arrivée dans le service qui l'accueillit quelques jours.

Ainsi, elle fut hospitalisée dans le même service que celui qui avait hébergé sa mère, au cours de ses épisodes délirants. Toutefois, il lui avait été signifié qu'elle ne relevait pas de la psychiatrie et elle avait été rapidement orientée vers la clinique spécialisée en addictologie, où elle est restée plusieurs mois.

C'était notre lien transféro-contretransférentiel, qui m'avait permis de garder Charline en vie. De toute évidence, c'était surtout Charline qui, à bout de forces, avait su retrouver suffisamment d'élan vital pour ne pas sombrer et s'accrocher à la planche de salut que je lui avais tendue. Il est d'ailleurs notable que, par la suite, je devins une « référence » pour les intervenants amenés à rencontrer Charline au cours de son suivi au Centre de Soins. Ceux-ci ont pris la désagréable habitude de m'appeler pour me faire part du profond mal-être de Charline. Lorsque je questionne mon interlocuteur sur ce qui motive son angoisse, c'est à nouveau la crainte d'un passage à l'acte suicidaire dont il est question. Son médecin me demande s'il faut hospitaliser Charline contre son gré. Le travailleur social qui la visite dans l'appartement thérapeutique, m'envoie un bulletin météorologique de son humeur, m'apprenant ce que je sais déjà. Le psychologue de la clinique qui l'accueille me sollicite anxieusement, souhaitant savoir si je crois possible un passage à l'acte suicidaire. J'ai le sentiment qu'on me délègue la responsabilité de sa survie, me laissant entendre que son sort serait entre mes mains.

Néanmoins, c'est Charline qui, dans le transfert, m'attribue ce rôle, notamment au moment où elle m'implore de l'autoriser à se suicider. C'est sur ce moment que je souhaite revenir.

C'est en proie à une douleur psychique innommable que Charline me supplie presque de l'accompagner vers le suicide, de lui donner « *le feu vert* ». Il est vrai que quelque temps auparavant, me laissant aller à exprimer mon contre-transfert, dans un moment où elle menaçait de se supprimer alors que je m'apprêtais à partir en congés, je lui dis aussi tristement que sincèrement que je ne pourrais pas me remettre de son suicide, que je n'avais pas travaillé avec elle pendant aussi longtemps pour que les choses se terminent comme ça. J'avais senti des larmes me monter aux yeux alors que je m'adressais à elle. Je soulignai qu'elle-même avait traversé bien des épreuves et qu'il lui fallait encore tenir bon, jusqu'à mon retour, comme elle

avait réussi à le faire jusqu'à maintenant. Charline m'avait alors rappelée à l'ordre de la manière suivante : « *Madame Denou, vous êtes psychologue. Les psychologues ne doivent pas s'attacher à leur patient normalement. Un psychologue, ça doit rester professionnel, vous n'êtes pas professionnelle en me disant ça !* ». Et effectivement, ce n'était pas sans honte, que je m'étais laissée aller à verbaliser mon attachement à elle.

Je me saisis de cette mise au point pour témoigner de mon profond attachement au travail que nous faisons ensemble et de la confiance que j'avais en ses capacités psychiques. Je vis que Charline avait été un peu ébranlée par l'expression affective qui m'avait étreinte. Sans doute parce que, croyant rencontrer un objet mort, indifférent à son sort, elle avait au contraire, rencontré la vie en moi, à travers l'expression de mon affect témoin de notre lien.

À la suite de cet épisode, où je m'étais quelque peu laissée déborder par mon affect, je commençai à m'interroger quant à ce que Charline me demandait réellement. C'est-à-dire que je considérai sérieusement l'hypothèse suivante : fallait-il que j'accompagne Charline vers un suicide réussi ? Ou étions-nous en train de naviguer dans les eaux troubles de l'ordre du soin palliatif psychique ?

Au retour d'un séjour aux Pays-Bas, je m'étais intéressée, sans trop comprendre pourquoi, à la question du suicide assisté et de l'euthanasie. Je découvris que dans ce pays, la demande de suicide assisté d'un homme, qui n'était pourtant pas atteint d'une pathologie somatique avait été autorisée en 2016. Il s'agissait de Mark Langedijk, sujet alcoolique âgé de quarante et un ans. Mark Langedijk avait, dans sa demande d'euthanasie, mis en avant l'intolérable souffrance psychique qu'il endurait, douleur qu'aucun dispositif de soin n'avait réussi à rendre supportable.

Ainsi, les autorités néerlandaises avaient reconnu, d'une part le caractère intolérable pris par cette douleur psychique et, d'autre part, l'échec toutes les démarches de soin entreprises par cet homme, pourtant encore jeune. Ce suicide accepté, officialisé, dont la réussite se trouvait garantie, était devenu pour Mark Langedijk la seule façon de préserver quelque chose de l'ordre de sa subjectivité.

Il m'a semblé que dans le cas de Charline, la tentation suicidaire, et non la tentative de suicide, venait témoigner d'un mécanisme voué à assurer sa survie psychique, dans un contexte où elle portait en elle, la pulsion de mort à l'œuvre chez sa mère.

Considérant le mécanisme de « réparation fausse » à l'œuvre dans son fonctionnement, je songeai au cas de la patiente évoqué par Winnicott dans son article « La crainte de

l'effondrement »³¹². Dans cet article, Winnicott valide la possibilité, pour l'analyste, d'accompagner un sujet vers un suicide réussi. Néanmoins, il précise que, dans le cas de cette patiente, le travail mené ensemble avait pour visée d'amener cette patiente à « à se suicider pour la vraie raison et non la fausse. »³¹³

Je songeai, à nouveau à l'article de Ferenczi « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort ». Ferenczi précise bien qu'il est ici question de la pulsion de mort de l'*infans*. Je considérai que la tentation suicidaire, à l'œuvre chez Charline, venait finalement tenter de mettre au jour et de séparer sa propre pulsion de mort de celle de sa mère, qu'elle avait introjectée, dans un mécanisme de survie psychique issu du clivage à l'œuvre chez Charline, à la suite du traumatisme vécu dans le temps précoce de fondation de son psychisme.

En traversant la douleur psychique intolérable de l'effondrement antérieurement vécu, Charline a témoigné de son besoin que se voit nommée, reconnue la question de sa mort, non plus réelle, mais psychique. Dans ce mouvement, Charline convoquait le souvenir d'une mère qui l'avait comme mise à mort, au moment même de sa naissance psychique.

Toutefois, en rencontrant mon affect, fruit du recours à la mère en moi et à la mère « donneuse de vie » en Charline, cette dernière a pu rencontrer non plus seulement une « mère morte » mais également une mère donneuse de vie. C'est en me laissant vivre un affect de désespoir, désespoir consécutif à la représentation de la mort de Charline ou d'un de mes enfants, que paradoxalement, j'ai pu donner à Charline la possibilité de revivre, en ma présence, le désespoir ressenti lors de la mort de sa mère. C'est dans ce contexte, qu'est apparu son sentiment de culpabilité quant à son incapacité à l'avoir gardée vivante, malgré toutes ses tentatives.

Il nous a semblé ici important de considérer, dans toute son importance, l'intérêt de ce que M. De M'Uzan nomme « le travail du trépas »³¹⁴. Dans notre conception, le « travail du trépas » vient s'opposer au mécanisme d'identification à l'agresseur, venant précipiter les facultés intellectuelles de l'individu face à l'éprouvé de mort psychique au prix d'une rupture d'avec soi-même.

³¹² WINNICOTT. (non daté). *Op.cit.*

³¹³ WINNICOTT. (non daté). *Ibid.*, p. 213.

³¹⁴ DE M'UZAN, M. (1976). Le travail du trépas. In *De l'art à la mort*. Paris, Gallimard, 182-199.

M. De M'Uzan montre comment l'approche de la mort peut susciter chez le sujet gravement malade un sursaut de vie psychique, en ce qu'il se caractérise par « l'expansion libidinale et l'exaltation de l'appétence rationnelle. »³¹⁵ Au cours de cette période, qui débute dès qu'inconsciemment le sujet perçoit l'approche de la mort, l'analyste est massivement investi, selon des modalités qui ne sont pas sans nous rappeler les caractéristiques du « transfert fondamental » :

(...) [le mourant] transfère concentre tous ses intérêts profonds sur une seule personne (...). L'important, (...), c'est que l'objet élu soit capable de s'exposer sans angoisse excessive au large mouvement captatif qui tend à l'envelopper entièrement, (...). Le mourant forme ainsi avec son objet ce que j'appellerai sa *dernière dyade*, par une allusion à la mère dont l'objet pourrait bien être une dernière incarnation.³¹⁶

Dans la perspective de M. De M'Uzan, « le travail du trépas » relève des enjeux propres à ceux de la naissance psychique, paradoxalement réactivés par l'approche de la mort. Il nous semble que ce travail du trépas, se voit également mis en œuvre dans la relation entre l'analyste et le sujet addicté.

Ainsi, en imaginant que Charline me demandait l'autorisation de mettre fin à ses jours, je formulais inconsciemment le vœu d'échapper à l'angoisse que son éprouvé de mort interne suscitait chez moi.

C'est à la suite de cette rencontre marquante, que le clivage à l'œuvre chez Charline commence à se lever : elle commet un acte manqué, en se retrouvant expulsée de l'appartement thérapeutique, après être sortie en laissant ses clés à l'intérieur. Charline choisit de se réfugier dans la maison dont son père a pris entièrement possession, au sens propre comme au figuré.

C'est le lendemain qu'a eu lieu le rendez-vous au cours duquel Charline me montre la vidéo qu'elle vient de tourner chez son père, vidéo dans laquelle elle s'adresse à moi. Je constate que Charline m'a emmenée avec elle visiter cette maison. Elle amène également via cette vidéo, cette maison, qui a été la sienne, au Centre de Soins. Elle souligne également que son stock de médicaments se trouve inaccessible, totalement recouvert par les débris accumulés par son père.

Je ne suis guère surprise par les images que j'ai sous les yeux, dans la mesure où la maison est telle que Charline me l'avait décrite. C'est bien à cause de la toxicité de cet environnement que j'avais porté le projet d'hébergement thérapeutique pour Charline. J'avais

³¹⁵ DE M'UZAN, M. (1976). *Ibid.*, p.191.

³¹⁶ DE M'UZAN, M. (1976). *Ibid.*, p.194.

néanmoins imaginé cette maison plus grande, sous estimant les difficultés financières connues par la famille de Charline, difficultés que Charline évoquera dans un second temps.

Toutefois, au moment où Charline me montre la pièce où elle dormait, pièce qui ne ressemblait pas à une chambre, je réalise que c'était pourtant bien dans cette maison, dans cet environnement hautement mortifère, que Charline avait pu devenir abstinente. Je pris conscience de la force qu'elle avait pu trouver en elle à cette époque de sa vie, force que j'avais sans doute également sous-estimée.

C'est en allant dans ce sens, c'est-à-dire en soulignant les capacités psychiques qu'elle avait mises en œuvre pour maintenir un lien de confiance en sa propre psychè, en renonçant aux prises de produit dans ce contexte toxique, que je commentai la vidéo qu'elle m'avait montrée.

Charline avait pu renoncer au produit et faire l'expérience de la mise à l'épreuve de ses propres ressources internes.

Ce dernier épisode montre combien, dans la clinique du sujet addicté, vient se déployer un transfert fondamental témoignant d'une rupture dans la mise en œuvre de la pulsion d'emprise au temps de la relation mère-*infans*, dans le temps d'élaboration de la honte primaire.

En conséquence se déploierait dans le psychisme une forme de masochisme mortifère, témoignant d'une désintrinsication pulsionnelle :

Je voudrais souligner que les conditions de déflexion vers le monde extérieur, au moyen de la musculature, de la pulsion de mort devenant alors pulsion d'emprise, dépendent en grande partie des capacités de l'objet primaire à ne pas entraver cette déflexion – par exemple, par un dressage sphinctérien précoce : il me semble en effet que, dans de telles configurations cliniques, la *stase* de la pulsion d'emprise est alors telle qu'elle déborde les capacités de la libido à la lier : en d'autres termes, je postule l'idée, (...), que la mise en échec de cette déflexion de l'emprise est fondamental dans le *défaut* de constitution du masochisme érogène primaire : dans de telles conditions, et pour reprendre une formulation de B. Rosenberg, les sujets qui ont connu de telles entraves nous conduisent à penser « une définition quantitative du plaisir comme besoin de réduction drastique de la tension d'excitation. »³¹⁷

Il nous faut donc, comme le propose C. Janin, supposer l'existence d'un auto-érotisme primaire, apte à permettre le soulagement du déplaisir (plaisir) via la décharge de l'excitation. Ce n'est que dans un second temps, celui de l'auto-érotisme secondaire, que le sujet a accès au plaisir « pur ». En effet, toujours selon les conceptions de C. Janin, l'élaboration de la honte primaire témoigne d'un investissement secondaire, après coup, par la pulsion sexuelle, de ce temps de passivité.

³¹⁷ JANIN, C. (2007). *Op.cit.*, p.59.

Dans cette lignée, l'accueil, dans mon contre-transfert, de la honte de Charline, pourrait avoir permis de transformer la pulsion de mort en pulsion d'emprise.

En effet, l'expression de mon contre-transfert, dans toute l'étendue de sa maladresse et de sa sincérité, est peut-être venue apporter l'indice libidinal manquant à la pulsion de mort pour se voir liée dans la pulsion d'emprise. Suite à nos échanges, Charline avait pu filmer en s'adressant à moi, l'intérieur de la maison familiale, lieu de la honte. Au lieu d'éprouver cette honte, Charline avait pu la saisir et lui donner un lieu d'inscription dans une image, image non spéculaire car prise dans notre relation.

CONCLUSION

Notre « Etude des fondements narcissiques dans les addictions » s'est attachée à montrer comment la clinique des addictions nous confronte d'emblée aux limites de l'analysable.

En effet, elle amène le clinicien à penser des registres à peine psychiques dans l'appel à la sensorialité qui s'y trouve convoquée.

Le recours au produit externe, comme à la fois producteur de sensation et potentiellement létal, témoigne d'un effort constant de liaison des pulsions de vie et de mort. Il nous amène à remettre en question le rapport d'opposition des couples pulsionnels, dont il nous faut plutôt penser les mouvements de désintrication-réintrication. C'est ainsi que vient s'imposer le primat de la vie psychique sur la vie du corps, en ce qu'il devient possible pour le sujet de se figurer comme vivant via l'introduction de la mort en lui.

C'est dans cette lignée que nous évoquions, en introduction, la clinique du sujet addicté comme relevant d'une clinique paradoxale. Néanmoins, il semblerait plutôt que la clinique des addictions nous confronte à une clinique nommée par S. Le Poulichet « clinique de l'informe ».

En effet, le sujet addicté a vu sa naissance psychique prendre l'allure d'une agonie in utero. Le voici donc contraint de tenter d'accoucher de lui-même et de trouver un moyen de survivre dans le monde extérieur.

L'établissement des fondements narcissiques ici considérés, ceux de l'auto-érotisme primaire, s'origine dans la relation de dépendance vitale mère-*infans*. Sans « la tendresse maternelle », la différenciation primitive moi/non-moi s'origine dans une haine non liée, dans une pulsion de mort pure, car non métabolisée sous la forme de la pulsion d'emprise.

C'est dans cette perspective que nous avons montré comment l'addiction témoignait d'une tentative de liaison de la pulsion de mort en procurant au sujet une hallucination d'emprise. Ainsi, le plaisir/soulagement du déplaisir offert par les sensations chimiquement induites permet à la pulsion de venir trouver un point d'accroche et de potentielle décharge.

Le sujet addicté n'a pas suffisamment connu l'expérience de satisfaction de ses besoins psychiques dans la période de dépendance vitale. Dès lors, il ne peut que surinvestir les traces de plaisir/soulagement du déplaisir laissées dans sa psychè par la stricte satisfaction de ses besoins vitaux.

Nous voyons comment la satisfaction du besoin physiologique et la satisfaction du besoin psychique se trouvent confondues, dans la relation archaïque mère-*infans*. Ainsi, la théorie freudienne de l'étayage de la pulsion sexuelle sur la pulsion d'auto-conservation n'est pas opérante pour penser le type d'organisation psychique à l'œuvre chez le sujet addicté.

En effet, les prises de produits, bien qu'elles procurent au sujet la sensation d'habiter un corps vivant, le mènent droit vers la mort physique. Dans cette lignée, nous voyons comment l'impératif de survie psychique domine largement l'impératif de maintien de la vie physique.

Notre théorisation des fondements narcissiques à l'œuvre dans les addictions montre également combien le concept freudien de « pulsion » comme fruit d'une première psychisation fondatrice de la psychè est difficile à appréhender. En effet, il est difficile de comprendre, dans la perspective freudienne, de quelle psychisation première la pulsion est le fruit, sans avoir recours à la théorie de l'étayage. Ainsi, il nous faut penser les tout premiers processus psychiques dans l'ancrage au corps. C'est dans cette perspective que nous avons fait appel aux conceptualisations de P. Aulagnier et de D.W. Winnicott.

L'addiction vient signer le défaut dans la constitution du support corporel (d'un corps psychisé) qui permet de fournir un accrochage à la pulsion.

Dès lors, chez le sujet addicté, il est difficile de dissocier le fond de la forme, faute d'un fond suffisamment apte à accueillir l'accrochage de la forme. Qui plus est, la tentative d'accrochage de la forme vient de la même manière déchirer le fond.

Nous avons alors trouvé un soulagement salutaire dans la conceptualisation développée par P. Denis, d'une pulsion faite de deux « formants » : emprise et satisfaction.

L'approche de D. Winnicott nous a permis de voir comment le sentiment continu d'exister venait s'originer au cours de l'illusion primaire d'omnipotence. Ce cadre conceptuel nous permet de mieux saisir le registre de la naissance psychique. Il nous a permis de voir comment l'éprouvé de mort psychique venait constituer le trauma à l'œuvre dans la psychè du sujet addicté.

Ce trauma vient se réactiver dans le lien à l'autre et amène le sujet à trouver des « objets transitoires » aptes à contenir, pour un temps, ses éprouvés affectifs. La fabrication de ces objets relève de mécanismes autistiques. Nous avons également mis au jour deux fantasmes archaïques d'auto-engendrement : le fantasme d'écorchage et le fantasme du vampire. Ces deux fantasmes supposent à la fois l'idée d'une fusion mortifère et celle d'un maintien de la vie, forme d'auto-engendrement, par incorporation du sang, c'est-à-dire de la substance vitale de l'autre. Ils cherchent également à trouver une limite psychique.

Les processus de pensée à l'œuvre chez le sujet addicté s'articule autour du registre métonymique. En effet, faute d'un plaisir suffisant éprouvé dans la relation de dépendance vitale *infans*-psychè maternelle, la psychè s'organise autour du mécanisme d'attaque de la pensée. C'est à nouveau dans le recours à la sensorialité que le sujet tente de se penser.

A la figure de la mère « tendre » freudienne, vient répondre, pour le sujet addicté, celle d'une mère endeuillée. Ce deuil inélaborable pour l'*infans* le confronte à l'éprouvé de mort interne. Et à cette question étrange : comment peut-on mourir alors que l'on n'est pas né ?

Le caractère archaïque des problématiques ici considérées nous a amenée à spécifier le transfert à l'œuvre chez le sujet addicté comme relevant d'un transfert fondamental. Dans ce transfert vient s'exprimer l'état de détresse auto-érotique connue par l'*infans*, dans le temps où sa dépendance à l'égard de sa mère est absolue. Cet état de détresse laisse le sujet en proie à une honte dévastatrice dont la haine de soi est le corollaire. Cet état ne peut être saisi que dans le contre-transfert. La clinique du sujet addicté nous amène à comprendre le contre-transfert non plus comme un obstacle à la rencontre avec le sujet, mais bien comme lieu d'inscription d'une possible rencontre.

Dans ce temps de conclusion, je réalise combien le cas de Charline vient répondre à celui de Laura. Laura, que je n'avais pas su rencontrer, ou, plutôt, pour laquelle je n'avais pas su rendre supportable la rencontre avec moi. Charline, que son masochisme avait rendue insupportable à mes yeux, au point de m'imaginer un instant l'accompagner, pour mettre fin à ses supplications et à mes souffrances, vers un suicide réussi devenue une euthanasie psychique.

La clinique du sujet addicté vient mobiliser la haine chez l'analyste de plusieurs manières.

D'abord parce qu'elle engage un transfert fondamental mobilisant des fantasmes extrêmement archaïques ceux du vampire et de l'écorchage, fantasmes contenant l'idée d'une fusion mortifère et la transgression des interdits fondamentaux.

Ensuite parce que ce transfert nous confronte à la déchéance exprimée dans la détresse auto-érotique, en lien avec la dépendance vitale originale.

Par ailleurs, ce transfert met en jeu la haine à l'œuvre dans l'offre contre-transférentielle de l'analyste, pensé dans la lignée de Winnicott.

Enfin, parce que de la même façon qu'« il faut qu'une mère puisse tolérer de haïr son enfant sans rien pouvoir y faire. »³¹⁸, l'analyste doit pouvoir accueillir cette haine dans sa psychè, sans jamais pouvoir l'adresser au sujet.

Mon travail d'articulation théorico-clinique s'est inauguré autour du cas de Laura. Je m'interrogeai alors sur ce qui avait pu être à l'origine de son mouvement de violence à mon endroit. Je m'aperçois maintenant que je me suis peut-être comportée envers elle comme ces mères « sentimentales » décrites par Winnicott, faisant baigner l'*infans* dans un environnement qui « nie la haine ».³¹⁹

Comme je l'évoquai en introduction, c'est pour répondre aux « exigences thérapeutiques » en lien avec mon travail de psychologue clinicienne, que j'ai débuté cette démarche de recherche. C'est, dans le même mouvement, que je me suis engagée dans le présent travail de recherche en quête d'un cadre me permettant d'établir les fondements de ma pratique professionnelle sur le plan éthique.

Il n'a pas été aisé pour moi de lâcher la proie de la pratique clinique pour ce que je percevais comme l'ombre du travail de pensée théorique. Comme le souligne P. Denis, si, « les effets traumatiques de la rencontre clinique peuvent aveugler. »³²⁰, « la théorie peut rendre sourd ».³²¹ Il me semble que j'ai, un temps, redouté que le travail d'écriture, en ce qu'il nécessite de désinvestir l'empreinte suscitée par la rencontre avec le sujet addicté, me rende sourde à leur « communication primitive ».

Pourtant, c'est dans l'ombre du travail de pensée théorico-clinique que j'ai pu fonder et parfois rétablir les fondements narcissiques de ma pratique clinique, en tant qu'elle témoigne

³¹⁸ WINNICOTT, D.W. (1947). *Op.cit.*, p. 81.

³¹⁹ WINNICOTT, D.W. (1947). *Ibid.*

³²⁰ DENIS, P. (1997). *Op.cit.*, p. 253.

³²¹ DENIS, P. (1997). *Ibid.*

de la mise à l'épreuve du lien entre les « exigences scientifiques et les exigences thérapeutiques » à l'œuvre dans la méthode psychanalytique.

Et dans le même mouvement, ce travail de recherche théorico-clinique, qu'il est maintenant temps d'achever, m'a permis, je l'espère, de continuer à m'inscrire dans un travail de « pensée clinique »³²² dans la rencontre avec ceux que j'appelle « mes » patients. Car, sans l'inscription du clinicien dans ce travail de pensée, aucune thérapeutique ne peut advenir.

³²² GREEN, A. (2002). *La pensée clinique*. Paris, Editions Odile Jacob.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, K. (1911a). Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In *Œuvres Complètes I*, Paris Payot, 2000.
- ABRAHAM, K. (1911b). Giovanni Segantini, essai psychanalytique. In *Œuvres Complètes I*, Paris Payot, 1965, 216-266.
- ABRAHAM, N, TOROK, M. (1987). Deuil ou mélancolie, introjecter-incorporer. In *L'écorce et le noyau*. Paris, Flammarion, 2001, 259-275.
- ALLOUCH, E. (1999). *Au seuil du figurable*. Paris, Puf.
- ALLOUCH, E. (2000). Un géométral hallucinatoire : autisme et hallucination négative. *Revue de Psychologie clinique*, N° 10, 2000/2, 115-128.
- , E. (2008). Le féminin, aujourd'hui. *Connexions*, N° 90, 33-46.
- ANDRE, J. (1999). L'unique objet. In ANDRE, J (sous la dir), *Les états limites*, Paris, Puf, coll « Petite bibliothèque de psychanalyse », 2002, 1-21.
- ANDRE, J. et THOMPSON, C, sous la dir (2002). *Transfert et états limites*. Paris, Puf, coll « Petite bibliothèque de psychanalyse ».
- ANZIEU, D. (1984). La peau de l'autre, marque du destin. In *Psychanalyse des limites*, Paris, Dunod, 2007, 151-164.
- ANZIEU, D. (1985a). *Le Moi-peau*. Paris, Dunod, 1986.
- ANZIEU, D. (1985b). Le corps de la pulsion. In *Psychanalyse des limites*, Paris, Dunod, 2007, 183-197.
- ANZIEU, D. (1991). *Une peau pour les pensées*. Paris, Editions Apsygée.
- AULAGNIER, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris, Puf.
- ALLOUCH AULAGNIER, P. (1979). *Les destins des plaisirs*. Paris, Puf.
- BADINTER, E. (1980). *L'amour en plus*. Paris, FlamLaura, 2004.
- BALINT, M. (1968). *Le défaut fondamental*. Paris, Payot & Rivages, coll « Petite Bibliothèque Payot », 2003.
- BENHAIM, M. (2001). *L'ambivalence de la mère : étude psychanalytique sur la position maternelle*. Paris, Erès.
- BERGERET, J. (1974). *La dépression et les états-limites*. Paris, Payot.
- BERGERET, J. et FAIN. M. (1981). *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris, Dunod.
- BERGERET, J. (1983). Toxicomanes et Délinquants. In *Bulletin de Psychologie*, Tome 36, n°359, pp. 225-232.

- BERGERET, J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris, Dunod, 2000.
- BION, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, Puf, 2003.
- BION, W.R. (1967). *Réflexion faite*. Paris, Puf, 2001.
- BOTELLA, S. (2007). La naissance de la pulsion. Les processus originaires et la pratique analytique. *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LXXI, 27-39.
- BRELET-FOULARD, (F). (2001). La rencontre avec l'alcoolique : le malentendu. In MARINOV, V (sous la dir), *Anorexie, addictions et pathologies narcissiques*. Paris, Puf, Coll « Petite bibliothèque de Psychanalyse », 2002, 71-86.
- BYDLOWSKI, M. (1997). *La dette de vie*. Paris, Puf.
- CHABERT, C. (1999). Les fonctionnements limites : quelles limites ? In ANDRE J (sous la dir.), *Les états limites*, Paris, Puf, coll « Petite bibliothèque de psychanalyse », 2002, 93-122.
- CHIANTARETTO, J-F. (2002). *Écriture de soi et narcissisme*. Toulouse, Eres.
- CHIANTARETTO, J-F. (2008). L'infans chercheur. *Cliniques Méditerranéennes*, N°77, 195-203.
- CHIANTARETTO, J-F. (2017). Deux en un, un pour deux : l'interlocution interne de l'analyste en question. In *Père ou mère : Entre bisexualité psychique et différence des sexes*, Toulouse, Erès, pp. 135-152.
- CHOCRON, M. (2012). *Fonctionnements autistiques et dimension thérapeutique des médiations*. [Thèse de doctorat inédite], Université Paris 13.
- CHOCRON, M., CAPART, N. & DE MATTEIS, V. (2018). Objet agglutiné et trace mnésique non représentée : Relecture de deux concepts dans le cadre de la clinique de l'autisme. In *Research in Psychoanalysis*, vol. 25, no. 1, pp. 45a-54a.
- COLBEAUX, C. (2009). Politique de la méthadone. In *La revue lacanienne*, 5, 180-184.
- DELAUNAY, C. (2017). *Au-delà de la dépression : figures du suicide et problématiques dépressives*. [Thèse de doctorat inédite], Université Paris 13.
- DE MIJOLLA, A, SHENTOUB, S.A. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris, Payot & Rivages, 2004.
- DE M'UZAN, M. (1976). Le travail du trépas. In *De l'art à la mort*. Paris, Gallimard, 2006, 182-199.
- DE M'UZAN, M. (2005). Addiction et problématique identitaire : le « tonus identitaire de base ». In *Aux confins de l'identité*. Paris, Gallimard, 132-141.
- DENIS, P. (1997). *Emprise et satisfaction*. Paris, Puf, 2014.
- DENIS, P. (2010). *Rives et Dérives du contre-transfert*. Paris, Puf, 2015.
- DESCOMBEY, J-P. (2004). La répétition des contre-attitudes. In *Psychotropes*, Vol 10, 83-101.

- DESCOMBEY, J-P. (2005). *L'économie addictive*. Paris, Dunod.
- DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Le Seuil.
- DONNET, J-L, GREEN, A. (1973). *L'enfant de ça*. Paris, Editions de minuit, 2004.
- DOREY, R. (1981). La relation d'emprise. In *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 24, 119-139.
- DOREY, R. (1992). Le désir d'emprise. In *Revue Française de Psychanalyse*, 5, 1423-1432.
- FEDIDA, P. (1978). *L'Absence*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2005.
- FERENCZI, S. (1921). Prolongements de la « technique active » en psychanalyse. In *Psychanalyse III*, Paris, Payot, 2003, 117-133.
- FERENCZI, S. (1928). Elasticité de la technique psychanalytique. In *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 2005, 53-65.
- FERENCZI, S. (1928). L'adaptation de la famille à l'enfant. In *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 2005, 29-42.
- FERENCZI, S. (1929). L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort. In *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 2005, 76-81.
- FERENCZI, S. (1932). *Journal clinique*. Paris, Payot, 2004.
- FERENCZI, S. (1933). Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. In *Psychanalyse, IV*, Paris, Payot, 2005, 125-135.
- FREUD, S. (1900). Psychologie des processus du rêve (Chap VII). In *L'interprétation des rêves*. Paris, Puf, 2003, 561-677.
- FREUD, S. (1905a). La sexualité infantile. In *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2002, 91-140.
- FREUD, S. (1905b). Les métamorphoses de la puberté. In *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2002, 141-175.
- FREUD, S. (1910). Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique. In *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 2002, 167-173.
- FREUD, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*, Paris, Puf, 2002, 81-105.
- FREUD, S. (1915a). Pulsions et destins des pulsions. In *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2002, 11-43.
- FREUD, S. (1915b). Deuil et mélancolie. In *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2002, 145-171.
- FREUD, S. (1915c). Le refoulement. In *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2002, 45-63.
- FREUD, S. (1915d). L'inconscient. In *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll « Folio », 2002, 65-121.

- FREUD, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, coll « Petite Bibliothèque Payot », 2002, 47-128.
- FREUD, S. (1923). Le moi et le ça. In *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, coll « Petite Bibliothèque Payot », 2002, 243-305.
- FREUD, S. (1924). Le problème économique du masochisme. In *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 2002.
- FREUD, S. (1925). La négation. In *Résultats, idées, problèmes, II*. Paris, Puf, 2005, 135-139.
- FREUD, S. (1930). *Le malaise dans la culture*. Paris, Puf, coll « Quadriges », 2000.
- FREUD, S. (1938 a). Résultats, idées, problèmes. In *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, Puf, 1985, 287-288.
- FREUD, S. (1938 b). *Abrégé de Psychanalyse*. Paris, Puf, 2004.
- FREUD, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris, Gallimard, coll « Folio », 2001.
- GEBEROVICH, G. (2003) *No Satisfaction*, Paris, Albin Michel.
- GINESTET-DELBREIL, S. (1997). *La terreur de penser*. Plancoët, Diabase, 1998.
- GINESTET-DELBREIL, S. (2003). *Du désaveu à l'errance*. Plancoët, Diabase.
- GINESTET-DELBREIL, S. (2004). *Narcissisme et transfert*. Paris, Campagne Première.
- GREEN, A. (1973). *Le discours vivant*. Paris, Puf, 2004.
- GREEN, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris, Les éditions de minuit, 2004.
- GREEN, A. (1990). *La folie privée*. Paris, Gallimard, coll « Folio », 2003.
- GREEN, A. (1995). La représentation de chose entre pulsion et langage. In *Propédeutique. La Métapsychologie revisitée*. Seyssel sur le Rhône, Le champ vallon, 109-124.
- GREEN, A. (1999). Genèse et situations des états limites. In ANDRE J (sous la dir), *Les états limites*, Paris, Puf, coll « Petite Bibliothèque de psychanalyse », 2002, 23-68.
- GREEN, A. (2002). *La pensée clinique*. Paris, Editions Odile Jacob.
- GRENIER, L. (2004). *Filles sans père*. Outremont, Quebecor.
- GRENIER, L. (2008). *Les violences de l'autre*. Outremont, Quebecor.
- HOPKINS, L. (2006). *False Self, the life of Masud Khan*. Other Press, New-York.
- JANIN, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris, Puf, 2004.
- JANIN, C. (2007). *La honte, ses figures et ses destins*. Paris, Puf,
- JEAMMET, N. (1989). *La haine nécessaire*. Paris, Puf.
- KHAN, M. R. (1974). A propos de l'omnipotence symbiotique. In *Le Soi caché*, Paris, Gallimard, 2003, 115-127.
- KLEIN, M. (1930). L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi.

- In *Psychanalyse d'enfants*, Paris, Payot & Rivages, coll « Petite Bibliothèque Payot », 2005, 147-173.
- KLEIN, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In *Deuil et dépression*, Paris, Payot & Rivages, coll « Petite Bibliothèque Payot », 2005, 13-74.
- KLEIN, M. (1939). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. In *Deuil et dépression*, Paris, Payot & Rivages, coll « Petite Bibliothèque Payot », 2005, 75-134.
- KOLKO, C. (2017). « Les esclaves de la quantité ». In *Les Lettres de la SPF*, 38, 165-172.
- LACAN, J. (1938 b). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. In *Les Ecrits*, Paris, Le Seuil, 1966, 93-100.
- LACAN, J. (1953-1954). *Le Séminaire, Livre I, les écrits techniques de Freud*. Paris, Le Seuil, coll « Points », 1998.
- LAMBOTTE, M-C. (2003). *Le discours mélancolique*. Paris, Ed.Economica.
- LE POULICHET, S. (1987). *Toxicomanies et psychanalyse*. Paris, Puf, 2007.
- LE POULICHET, S. (1989). De la drogue au symptôme : le temps d'élaboration de la demande. In *Psychologie Clinique*, 2, 107-117.
- LE POULICHET S. (1991). Se faire un corps étranger. In *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 43, 249-263.
- LE POULICHET S. (2002). De la « substance psychique » au paradigme de l'addiction. In *Les addictions*. Paris, Puf. 121-132.
- LE POULICHET. S. (2005). L'informe temporel : s'anéantir pour exister. In *Recherches en psychanalyse*, 3, pp. 21-29.
- LITTLE, M.I. (1985). Lorsque Winnicott travaille dans des zones où dominant les angoisses psychotiques – un compte-rendu personnel. In ANDRE, J et THOMPSON, C (sous dir), *Transfert et états limites*, Paris, Puf, coll « Petite bibliothèque de psychanalyse », 2002, 105-155.
- MACDOUGALL, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris, Gallimard, 2005.
- MACDOUGALL, J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris, Gallimard, 2004.
- MACDOUGALL, J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris, Gallimard, 2003.
- MACDOUGALL, J. (1996). *Eros aux mille et un visages*. Paris, Gallimard, 2005.
- MACDOUGALL, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. In *Revue française de psychanalyse*, Vol 68, 511-527.
- MARTY, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris, Payot&Rivages, 1998.
- MILNER, M. (2000). *L'imaginaire des drogues*. Paris, Gallimard.
- MONJAUZE, M. (2000). *La problématique alcoolique*. Paris, In Press, 2008.

- MONJAUZE, M. (2001). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Paris, In Press, 2008.
- NEYRAUT, M. (1974). *Le transfert*. Paris, Puf, 2004.
- NOAILLE, P. (1999). *La polarité maternelle du penser : contribution à une approche des limites dans le champ freudien : le "patient-nomade" et la question de l'"intermédiaire"*. [Thèse de doctorat inédite], Université Paris 13.
- NOAILLE, P. (2001). La toxicomanie comme état limite. In MARINOV, V (sous la dir), *Anorexie, addictions et pathologies narcissiques*. Paris, Puf, Coll « Petite bibliothèque de Psychanalyse », 2002, 87-114.
- NOUGUE, Y. (2004). *Clinique psychanalytique de l'alcoolisme*. Paris, Anthropos.
- PERRIER, F. (1975). Thanatol. In *La Chaussée d'Antin*, Paris, Albin Michel, 1994, 537-567.
- PINEL, J et GAILLARD, G. (2020). *Le travail psychanalytique en institution*. Paris, Dunod.
- PIRLOT, G. (2002). Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques. *Psychotropes*, 8, 98-118.
- RACAMIER, P-C. (1989). *Antoedipe et ses destins*. Paris, Les éditions du collège de psychanalyse groupale et familiale, 2003.
- RACAMIER, P-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris, Les éditions du collège de psychanalyse groupale et familiale, 2001.
- ROSENBERG, B. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Paris, Puf, 2012.
- ROUSSILLON, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, Puf, 2008.
- ROUSSILLON, R. (2013). *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*. Paris, Puf.
- SEARLES, H. (1979). *Le contre-transfert*. Paris, Gallimard, coll « Folio », 2005.
- STEIN, C. (1987). *Les Erynies d'une mère*. Paris. Calligrammes.
- TUSTIN, F. (1981). *Les États autistiques chez l'enfant*. Paris, Seuil, 2003.
- WILGOWICZ, P. (1991). *Le vampirisme : de la dame blanche au Golem : essai sur la pulsion de mort et sur l'irreprésentable*. Lyon, Césura.
- WINNICOTT, D.W. (1935). La défense maniaque. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 19-36.
- WINNICOTT, D.W. (1945). Le développement affectif primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 57-71.
- WINNICOTT, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 72-82.
- WINNICOTT, D.W. (1949). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 135-149.

- WINNICOTT, D.W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 169-186.
- WINNICOTT, D.W. (1952). L'angoisse liée à l'insécurité. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 198-202.
- WINNICOTT, D.W. (1955). L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 150-168.
- WINNICOTT, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 285-291.
- WINNICOTT, D.W. (1957). *L'enfant et sa famille*. Paris, Payot & Rivages, coll « Petite bibliothèque de psychanalyse », 2006.
- WINNICOTT, D.W. (1958a). La première année de la vie. Conceptions modernes du développement affectif au cours de la première année de la vie. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 310-324.
- WINNICOTT, D.W. (1958b). La capacité d'être seul. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 325-333.
- WINNICOTT, D.W. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 2005, 358-378.
- WINNICOTT, D.W. (1964). Le concept de faux soi. In *Conversations ordinaires*. Paris, Gallimard, coll « Folio », 2006, 93-100.
- WINNICOTT, D. W. (1965). Traumatisme, culpabilité, régression, individuation. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2001, 292-332.
- WINNICOTT, D.W. (1967). Le concept d'individu sain. In *Conversations ordinaires*. Paris, Gallimard, coll « Folio », 2006, 27-53.
- WINNICOTT, D.W. (1968). *Sum, je suis*. In *Conversations ordinaires*. Paris, Gallimard, coll « Folio », 2006, 54-77.
- WINNICOTT, D.W. (1969a). Entre la mère et l'*infans* : l'expérience de l'échange. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris, Gallimard, 2001, 177-189.
- WINNICOTT, D.W. (1969b). L'inconscient de la mère tel qu'il a été découvert dans la pratique psychanalytique. Paris, Gallimard, 2001, 190-194.
- WINNICOTT, D.W. (1970). Vivre créativement. In *Conversations ordinaires*. Paris, Gallimard, coll « Folio », 2006, 54-77.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1976.
- WINNICOTT, D.W. (1988). *La nature humaine*. Paris, Gallimard, 1990.

WINNICOTT, D.W. (non daté). La crainte de l'effondrement. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, 205-216. Paris, Gallimard, 2000.

ZAFIROPOULOS, M et DELRIEU, A. (1996). *Le toxicomane n'existe pas*. Paris, Anthropos.

INDEX DES NOTIONS

- accueil, 7, 120, 125, 126, 127, 133, 158, 175
- addiction, 6, 7, 8, 9, 10, 29, 32, 33, 37, 38, 50, 58, 59, 63, 68, 71, 72, 74, 75, 80, 81, 90, 91, 93, 94, 95, 116, 118, 119, 120, 134, 135, 140, 142, 154, 155, 157, 166, 168, 169, 176, 177, 185, 186, 0
- affect, 14, 15, 17, 28, 31, 33, 34, 39, 41, 50, 53, 67, 79, 96, 98, 113, 114, 136, 138, 171, 172
- alcoolisme, 5, 29, 34, 59, 82, 124, 158, 182, 186
- auto-érotisme, 10, 11, 63, 75, 78, 79, 80, 91, 93, 137, 139, 174, 176, 0
- clivage, 15, 16, 18, 21, 39, 41, 48, 59, 60, 61, 71, 74, 83, 87, 94, 98, 113, 131, 146, 157, 159, 161, 162, 163, 172, 173, 186
- contre-transfert, 41, 122, 125, 126, 127, 133, 170, 175, 178, 182, 186
- corps, 10, 12, 15, 19, 20, 21, 25, 28, 38, 39, 44, 50, 59, 60, 62, 67, 70, 71, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 87, 90, 91, 94, 95, 97, 100, 103, 104, 115, 116, 119, 131, 144, 154, 156, 163, 164, 165, 176, 177, 181, 182, 185
- dépendance, 9, 10, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 32, 33, 39, 41, 42, 44, 50, 55, 56, 61, 65, 74, 93, 98, 115, 120, 121, 129, 130, 137, 138, 139, 140, 157, 158, 176, 178, 179, 0
- dépression, 14, 15, 17, 33, 34, 36, 48, 49, 52, 111, 112, 141, 145, 149, 161, 162, 181, 182, 185
- dispositif, 52, 53, 65, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 128, 130, 134, 136, 139, 144, 171
- effondrement, 33, 37, 62, 64, 74, 75, 87, 88, 126, 172, 187, 188
- emprise, 3, 10, 86, 89, 90, 91, 92, 112, 122, 124, 127, 141, 156, 174, 176, 177, 183, 0
- Eros, 8, 28, 80, 98, 113, 156, 165, 168, 185
- haine, 3, 4, 15, 16, 18, 19, 21, 24, 26, 28, 29, 39, 41, 42, 43, 50, 93, 98, 99, 107, 112, 114, 116, 135, 148, 149, 152, 153, 158, 159, 161, 176, 178, 179, 184, 186
- honte, 4, 10, 11, 38, 39, 40, 49, 52, 116, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 147, 159, 160, 161, 167, 168, 171, 174, 175, 178, 184
- infans, 8, 10, 15, 16, 22, 24, 28, 29, 41, 42, 43, 50, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 81, 84, 90, 91, 92, 93, 96, 102, 103, 104, 105, 111, 114, 130, 131, 133, 137, 138, 139, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 166, 172, 174, 176, 177, 178, 179, 182, 187, 0
- injonction thérapeutique, 4, 114, 116, 117, 118, 119, 120
- limites, 10, 11, 29, 38, 44, 50, 69, 71, 73, 74, 78, 84, 85, 88, 93, 94, 96, 113, 121, 125, 127, 160, 176, 181, 182, 184, 185, 186, 0
- masochisme, 4, 32, 166, 169, 174, 178, 184, 186
- mélancolie, 4, 15, 38, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 181, 183
- moi, 1, 2, 6, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 34, 35, 36, 37, 38, 44, 47, 48, 50, 55, 57, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 72, 73, 74, 76, 78, 80, 83, 85, 86, 87, 88, 92, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 115, 120, 121, 122, 125, 132, 141, 143, 144, 146, 147, 148, 151, 152, 153, 159, 162, 163, 166, 168, 169, 171, 172, 173, 175, 176, 178, 179, 184, 187
- mort psychique, 10, 11, 78, 87, 88, 90, 123, 124, 126, 142, 146, 172, 177

narcissisme, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 35, 38, 41, 43, 55, 59, 62, 65, 70, 71, 72, 85, 90, 97, 100, 111, 112, 113, 119, 125, 126, 127, 137, 152, 159, 166, 182, 183, 184, 0

objet, 3, 4, 10, 11, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 32, 33, 48, 50, 51, 55, 57, 58, 59, 64, 67, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 98, 99, 101, 102, 105, 106, 110, 111, 112, 113, 114, 120, 121, 137, 149, 151, 152, 153, 154, 163, 165, 166, 171, 173, 174, 181

objets transitoires, 58, 59, 178

originaire, 19, 20, 21, 22, 25, 41, 65, 96, 97, 98, 103, 105, 125, 137, 179

paradoxe, 10, 51, 84, 93, 94, 120, 151

pensée, 8, 11, 29, 48, 63, 80, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 113, 120, 122, 124, 125, 127, 131, 133, 149, 150, 151, 178, 179, 180, 184, 0

psyché maternelle, 41, 42, 73, 105, 106, 111

pulsion, 10, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 50, 69, 70, 79, 80, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 100, 113, 133, 136, 137, 154, 156, 158, 169, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 181, 182, 183, 184, 186, 0

pulsion d'emprise, 89, 93, 174, 175, 176

pulsion de mort, 10, 29, 50, 69, 70, 79, 89, 92, 94, 113, 154, 158, 169, 171, 172, 174, 175, 176, 183, 186, 0

pulsion de vie, 10, 50, 94, 113, 154, 156

relation d'emprise, 89, 92, 183

représentation, 20, 24, 50, 62, 63, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 113, 114, 125, 126, 149, 172, 184

sensorialité, 11, 34, 74, 94, 97, 99, 130, 131, 176, 178, 0

sensorialité pensée, 94

soins maternels, 21, 22, 28, 55, 56, 60, 61, 77, 78, 83, 90, 137, 138, 163, 165

suicide, 8, 145, 146, 148, 157, 169, 170, 171, 172, 178, 182

sujet addicté, 7, 8, 9, 10, 11, 28, 32, 40, 50, 58, 65, 72, 73, 75, 78, 81, 89, 90, 91, 93, 94, 106, 114, 115, 116, 122, 124, 125, 127, 132, 133, 134, 138, 140, 157, 166, 173, 174, 176, 177, 178, 179

survie psychique, 11, 29, 32, 38, 41, 50, 72, 94, 129, 130, 154, 157, 166, 171, 172, 177, 0

Thanatos, 8, 98, 113, 168

toxicomanie, 6, 7, 31, 32, 59, 72, 73, 74, 128, 134, 154, 186

toxique, 32, 51, 63, 71, 72, 73, 74, 82, 115, 116, 121, 129, 131, 134, 166, 174

traitement de substitution, 7, 17, 29, 36, 51, 66, 127, 128, 129, 130, 134, 136

transfert, 11, 15, 53, 54, 64, 73, 94, 111, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 131, 132, 133, 170, 173, 174, 178, 179, 184, 186, 0

transfert fondamental, 94, 120, 133, 173, 174, 178, 179, 0

traumatisme, 44, 47, 77, 136, 159, 161, 172, 184

trépas, 172, 173, 182

INDEX DES AUTEURS

- ABRAHAM, 148, 149, 150, 152
ALLOUCH, 78, 79, 80
ANZIEU, 83, 84, 88
AULAGNIER, 76, 94, 95, 96, 97, 98, 99,
103, 104, 105, 113, 133, 177
BERGERET, 119
BION, 114
BRELET-FOULARD, 88, 122
CHIANTARETTO, 8, 127
COLBEAUX, 130
DE M'UZAN, 172, 173
DE MIJOLLA, 124
DELRIEU, 6, 188
DENIS, 90, 91, 92, 122, 124, 177, 179
DESCOMBEY, 124, 126
DOLTO, 79, 80, 100
DOREY, 89
FEDIDA, 165
FERENCZI, 87, 122, 123, 124, 158, 159,
160, 161, 169
FREUD, 8, 9, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26,
27, 28, 53, 55, 57, 64, 78, 80, 90, 98, 100,
101, 102, 103, 106, 135, 151, 152, 153
GEBEROVICH, 82, 132
GREEN, 43, 100, 112, 113, 157, 180
JANIN, 47, 48, 136, 137, 138, 139, 174
JEAMMET, 43, 159
KHAN, 42, 43
KLEIN, 15, 16
KOLKO, 54
LE POULICHET, 72, 73, 74, 93, 131, 154,
166
MACDOUGALL, 3, 8, 32, 33, 38, 58, 59,
68, 69, 125, 126
MONJAUZE, 76, 77
NOAILLE, 154
PERRIER, 82
ROUSSILLON, 93, 125
SHENTOUB, 124
TUSTIN, 75, 77
WILGOWICZ, 70
WINNICOTT, 41, 42, 43, 54, 55, 56, 57,
58, 60, 61, 62, 63, 64, 75, 90, 139, 161,
162, 163, 164, 165, 171, 172, 177, 179
ZAFIROPOULOS, 6

INDEX DES CAS

Alice, 51, 52, 53, 54, 55, 63, 64, 65, 88

Bastien, 65, 66, 67, 68, 69, 71

Charline, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 163, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 178

Clara, 104, 107, 108, 109, 110, 111

François, 7, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 130, 135, 136

Laura, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 28, 178, 179

Lélia, 85, 86, 87, 88

Michel, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 67, 71, 82, 121

RÉSUMÉ en français

La clinique des addictions « avec produits » nous amène à penser une organisation psychique spécifique relevant du champ des fonctionnements limites régi par des mécanismes de types autistiques, mécanismes venant signer l'achoppement dans la constitution de l'auto-érotisme primaire. L'addiction vient témoigner de l'extrême détresse antérieurement vécue, par l'*infans*, dans le temps archaïque de l'établissement des fondements narcissiques, dans la dépendance absolue à la psychè maternelle. Ce trauma est celui de l'éprouvé de mort interne et met en jeu les angoisses disséquant primitives.

Ne pouvant se figurer comme un être séparé, puisqu'il n'est pas né psychiquement, le sujet se voit alors contraint de s'auto-engendrer, en attaquant la vie en lui. C'est en incorporant le produit source de mort physique que le sujet peut venir se figurer comme vivant sur le plan psychique. Les fantasmes archaïques de vampirisation et d'écorchage qui sous-tendent ce mécanisme témoignent d'un déni de la mort. Ainsi, le recours au produit permet d'offrir une liaison provisoire de la pulsion de mort dans l'hallucination d'emprise.

C'est dans cette perspective que nous spécifions le transfert à l'œuvre chez ces sujets comme relevant d'un transfert fondamental, expression de la détresse auto-érotique.

Les carences connues dans l'établissement de l'auto-érotisme primaire oblitèrent la possibilité du sujet d'avoir accès au pouvoir métaphorique du mot. Dans ce contexte, nous faisons l'hypothèse que l'appareil psychique du sujet trouve une modalité particulière de pensée grâce à l'appel à la sensorialité. Ce relais sur la sensorialité témoigne à la fois d'une tentative de liaison de l'activité psychique, mais également d'un mécanisme d'attaque de la pensée, via le recours à des excitations extrêmes qui viennent déborder le psychisme.

DISCIPLINE

Psychologie

MOTS-CLÉS

Addiction, narcissisme, pensée, sensorialité, limite, survie psychique, archaïque.

Laboratoire UTRPP - Université Paris 13
99, avenue Jean-Baptiste Clément
93430 Villetaneuse