



© Psycho-e-print, 10/05/2002
Écrit le 01/01/1999

Fernandez L., Sztulman H. (1999), La dépendance en psychopathologie. *L'Encéphale*, XXV(1), 233-243 (*Psycho-e-print*, 2002, lydia_fernandez00/la dependance en psychopath, 27).

La dépendance en psychopathologie^{*}

LYDIA FERNANDEZ^{**}, HENRI SZTULMAN^{***}

Résumé – En psychopathologie, la dépendance ne se réduit pas à la dépendance biologique à un produit, mais doit être conçue comme un processus complexe. Ce processus articule une forme de souffrance psychique spécifique ou non et une solution par la substance, solution dont les effets constituent le processus addictif. La compréhension de ce processus nécessite une analyse de la dépendance psychopathologique d'un triple point de vue métapsychologique (topique, dynamique, économique). Analyse qui permet, d'une part, de

* Cet article a été précédemment accepté et publié dans une revue avec comité de lecture de pairs. Il est publié dans psycho-e-print principalement pour le bénéfice des chercheurs qui consultent la base de données psycho-e-print. Cette publication suppose que les auteurs de l'article se sont assurés de l'autorisation de l'éditeur de la revue. Psycho-e-print n'assume aucune responsabilité quant au droit de copie. © L'Encéphale, 1999. Publié dans psycho-e-print avec l'autorisation de l'éditeur.

** Maître de Conférences en Psychologie clinique et en Psychopathologie, Université de Provence (Aix-Marseille I). E-mail : lydiafg@up.univ-aix.fr.

*** Professeur des universités en psychopathologie, Université Toulouse II Le Mirail. E-mail : sztulman@univ-tlse2.fr.

proposer une théorisation psychanalytique de la dépendance reposant sur trois modèles : le modèle du plaisir, du narcissisme et de l'apaisement des tensions et, d'autre part, d'élargir l'étude de la dépendance psychopathologique à la question du corps. Ce corps qui stigmatise sa place charnière entre le biologique et le psychologique.

Mots-clés. Dépendance psychopathologique, Métapsychologie, Plaisir, Narcissisme, Apaisement des tensions, Corps, Addiction.

Dependence in psychopathology

Abstract – For psychopathology, the dependence cannot be reduced to substance biological dependence, but should be understood in terms of a complex process. This process relies a kind of specific or non-specific psychic suffering which is addressed by the abused substance that represents a solution – the effects of which constitute the addictive process. Understanding this process requires an analysis of the psychopathological dependence from a triple meta-psychological point of view (topographical, dynamic, economic). Such Analysis allows for a psychoanalytical theoretical interpretation of dependence based on three models: pleasure, narcissism and stress reduction. At the same time, the analysis extends the examination of psychopathological dependence towards issues concerning the body. Such body issues are critically placed between the biological and the psychological processes.

Keywords. Psychopathological dependence, Meta-psychology, Pleasure, Narcissism, Stress reduction, Body, Addiction.

Introduction

Il existe de nombreux travaux concernant les aspects psychopathologiques de la dépendance. Ces travaux concernent une grande variété de comportements qui se regroupent au sein des conduites dites de dépendance : dépendance sexuelle, médicamenteuse, dépendance alcoolique, tabagique, dépendance à l'autre, ...

Lorsque nous tentons de faire la somme des dépendances auxquelles est assujetti un être humain, nous sommes étonnés de les trouver si nombreuses. Nous constatons que bon nombre d'entre-elles concernent notre adaptation au milieu de vie, tandis que d'autres correspondent à nos investissements. Certaines sont purement et simplement imposées.

Les unes appartiennent au *domaine physiologique* : nous dépendons de l'air que nous respirons, des aliments que nous mangeons et du climat dans lequel nous vivons. Les autres sont en rapport avec notre *vie sociale* : la langue et tout autre moyen de communication, l'organisation politique de notre société, les us et les coutumes. Ces formes *normales* de dépendance que nous venons d'évoquer côtoient des formes de dépendances *pathologiques*, auxquelles nous nous intéresserons en nous référant à quelques auteurs susceptibles de nous apporter un éclairage psychopathologique.

Approche du phénomène de dépendance en psychopathologie

Pour une grande majorité de chercheurs, la dépendance, au sens psychopathologique, se caractérise « par son intensité, l'urgence du besoin de satisfaction et l'impossibilité à s'y soustraire » (Darcourt, 1994). Mais elle concerne aussi un objet exclusif. Les objets de la dépendance pathologique sont peu nombreux, même souvent uniques, peu diversifiés (tabac, alcool, cannabis, ...). Il s'agit de substances psychoactives ou d'objets qui ne sont pas remplaçables par d'autres et qui auraient des qualités équivalentes, alors que la dépendance en concerne beaucoup. Le plus souvent, on constate une monodépendance en pathologie et une pluridépendance en physiopathologie.

Les discours des sujets dépendants montrent que la rencontre avec l'objet de dépendance (produit, élément, ...) introduit *une forme particulière d'organisation des processus psychiques* (Olievenstein, 1987a, b, Pedinielli, 1995). Olievenstein (1987b) rappelle que la rencontre avec l'objet-drogue est à concevoir comme une expérience corporelle et psychique qui transforme l'univers du sujet. Pour Jeammet (1995, 1997), la question de la dépendance pathologique renvoie à « une certaine marge de liberté, une marge de jeu possible envers notre dépendance affective, matérielle à l'égard du monde externe ». C'est l'appareil psychique qui donne cette marge de jeu et qui prend progressivement le relais des parents. Cette marge de liberté, ce sont d'abord les parents qui vont la donner au nouveau-né. Puis, le rôle des parents s'intériorise et l'appareil psychique va alors remplacer les parents et jouer le « rôle de tampon entre les exigences internes, les besoins physiologiques, les pulsions et l'environnement ». La pathologie survient quand le sujet perd cette marge de liberté. Le sujet dépendant

est un sujet qui utilise la réalité externe (monde perceptivo-moteur) pour contre-investir une réalité interne sur laquelle il ne peut s'appuyer car elle ne lui donne pas une base sécurisante au niveau de la réalité interne. Se plaçant d'un point de vue psychique, Jeammet décrit la dépendance « pathologique » comme « l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante. Dans cette perspective essentiellement dynamique et économique, la dépendance est une virtualité sinon une constante du fonctionnement mental qui pose problème dans la mesure où elle devient un mode prévalent et durable de ce fonctionnement au détriment d'autres modalités et entraîne la mise en place de conduites comportementales nuisibles : les conduites addictives proprement dites. Il s'agit donc d'une modalité de fonctionnement susceptible de concerner des structures et des organisations psychiques différentes, et d'apparaître ou de disparaître en fonction des variations de la conjoncture interne et environnementale à laquelle elle est par définition extrêmement sensible ».

Si nous revenons à la question du contre-investissement, nous pouvons dire que celui-ci concerne l'utilisation d'une énergie rendue disponible par le refoulement et qui est (contre-)investie sur d'autres éléments non refoulés. Ce qui est contre-investi, ce n'est pas la réalité interne mais l'objet de dépendance. Le sujet dépendant est un sujet qui utilise l'énergie d'un élément d'une réalité externe, dont la base sécurisante est insuffisante pour qu'il puisse s'y appuyer, soit une réserve disponible comme contre-investissement. Quant à réduire la dépendance à la « réalité perceptivo-motrice », cela fait problème lorsque le jeu de la dépendance porte sur des éléments de la réalité interne : fantasmes, représentations, affects, ...

De nombreux auteurs (dont Jeammet, 1990, 1995) renvoient la dépendance pathologique à des *aléas du développement de la personnalité*. La personnalité se développe selon deux grands axes : 1) celui des échanges avec l'environnement (relations avec les autres, échanges affectifs), échanges qui caractérisent les relations objectales ; 2) celui de l'autonomie et du narcissisme qui va permettre au sujet de se percevoir progressivement comme un être autonome et de se percevoir dans sa différence avec l'environnement. Ce que montre l'évolution de la personnalité, c'est que ces deux axes peuvent entrer en conflit et entraîner la mise en place de comportements de dépendance à

l'adolescence. Dans cette perspective, d'autres chercheurs font remonter les origines de la dépendance aux *échecs du processus de séparation-individuation* (Winnicott, 1971 ; Jeammet, 1994) et associent la problématique de la dépendance aux *troubles dans les interactions précoces mère-bébé* (Winnicott, 1971 ; Kaul, Mathur et al., 1982).

Marcelli (1994, 1997) décrit ce que Stern (1989) appelle « *l'accordage affectif* » entre une mère et son bébé. L'accordage affectif est une imitation transmodale, c'est-à-dire qu'il existe entre les deux partenaires une permutation du canal sensoriel : le mouvement d'un segment du corps et une vocalise, une vocalise et une caresse, le mouvement de deux parties différentes du corps. Ce qui est partagé c'est le rythme, l'intensité, le profil, c'est donc plutôt un partage d'émotions, une véritable communion interpersonnelle d'un état tensionnel affectif, une relation d'extrême dépendance. Pour Marcelli (1994), ce sont les distorsions du système, sa pathologie en quelque sorte, qui révèlent la dépendance pathologique. Ainsi, c'est lorsque les deux partenaires ne sont plus en accordage qu'ils s'arrêtent, s'observent, suspendent l'interaction. Ce système de régulation de la dépendance décrit par Marcelli (1994) ressemble au phénomène de balançoire, de pendule décrit par Molimard (1995) pour illustrer le processus de la dépendance tabagique. La seule différence étant que le premier s'attache à montrer un système de régulation qui fonctionne sur un modèle affectif et émotionnel de dépendance psychique, alors que le deuxième explique le fonctionnement de la dépendance tabagique à partir d'un modèle physiologique (automatique et non volontaire) de la dépendance.

Les recherches en laboratoire et sur le terrain montrent qu'une éducation sur-protectrice et autoritaire est un facteur favorisant le développement de la dépendance chez les enfants, les adolescents et les adultes (Bornstein, 1992, 1993). Une telle éducation court-circuiterait les représentations mentales du sujet qui produisent des réponses émotionnelles le conduisant à rechercher la dépendance à des fins de protection. Le produit ou l'objet de dépendance aurait alors une fonction de suppléance du moi, impuissant à agir, et inefficace.

La dépendance psychopathologique est aussi à rapporter à une *faiblesse* ou à un *déficit dans le fonctionnement psychique des sujets*. Pour Siegel (1988), la dépendance dévalorisante et pathologique est associée à la symbiose, à la faiblesse et à l'immaturation. Certains auteurs (Bowlby, 1969 ; Lerner, 1983 ; Britchnell, 1988) remarquent qu'une forte

dépendance chez les sujets adultes est un signe de pathologie, de faiblesse et de vulnérabilité. Pour d'autres (Bornstein, 1994) la dépendance serait le résultat d'une sensibilité à des expériences interpersonnelles de stress et de privation, de dysrégulations narcissiques, ... Ils insistent aussi sur l'introversion, attitude affective, que l'on retrouve comme trait de personnalité dans les pathologies narcissiques.

Les recherches sur les aspects psychopathologiques de la dépendance sont divisées en trois secteurs (Bornstein, 1994) : a) la dépendance comme un *facteur de risque pour les troubles psychopathologiques*, notamment, la dépression, la schizophrénie, les troubles alimentaires, les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques, et ceux liés à l'usage d'un produit ; b) la dépendance comme un *facteur de risque pour les troubles physiques* ; c) la dépendance comme un *facteur de susceptibilité à l'influence des pairs*.

Ces recherches concernant les troubles psychopathologiques de la dépendance peuvent aider les cliniciens et les chercheurs à développer une compréhension plus équilibrée et plus précise de la gamme complète des corrélations et des conséquences des traits, attitudes et comportements associés à la dépendance psychopathologique.

Le processus de dépendance

Comme souvent en psychologie, c'est la psychopathologie qui va nous permettre d'appréhender le processus de dépendance en nous fournissant un terrain d'expérience susceptible de nous aider à mieux cerner les composantes de la dépendance. C'est avec la toxicomanie que ce concept de dépendance est devenu assez pertinent pour rendre compte de la nature du lien entre le toxicomane et l'objet de sa toxicomanie. Ce lien se définit comme un besoin « physiologique » indispensable à la conservation du corps (dépendance physique). Mais la toxicomanie ne se laisse pas assimiler à la seule dépendance physique et le problème se complexifie avec la question de la dépendance psychologique ou psychique. Dès lors, nous sommes obligés de faire appel au fonctionnement psychique pour comprendre ce qui pousse le sujet vers des conduites de dépendances et ce qui permet qu'elles se maintiennent, et en quoi elles sont nécessaires pour assurer son équilibre, la nature de cet équilibre devant être interrogée.

En psychopathologie, la dépendance ne se réduit donc pas à la dépendance biologique à une substance. L'individu dépendant n'est pas qu'un sujet biologique, il est aussi un sujet psychologique dont les discours, les comportements ne s'expliquent pas seulement par l'existence d'une dépendance physiologique au produit. La prise du produit, son utilisation systématique, les particularités de la dépendance répondent aussi à une souffrance psychique que le sujet tente de résoudre et qu'il ne fait que transformer en une autre. Le sujet dépendant n'est donc « ni le consommateur, ni l'utilisateur, ni la simple victime de la dépendance physique, mais le sujet psychiquement dépendant d'un toxique » (Pardinielli, 1994). Le toxique fait fonction d'automédication ; il peut « être employé comme antidépresseur ou bien être à l'origine de modifications thymiques ou de transformations thymiques et/ou corporelles insupportables » (Pardinielli, 1994).

La dépendance, dans une perspective psychopathologique, doit donc être conçue comme un processus complexe articulant une forme de souffrance psychique spécifique ou non et une solution par la substance ou la présence d'un objet, solution dont les effets constituent le processus addictif. Les discours des sujets dépendants ou sevrés montrent que la rencontre avec le produit introduit une forme particulière d'organisation des processus psychiques ; rencontre à concevoir comme une expérience corporelle et psychique qui transforme profondément le monde du sujet. Olievenstein (1987a) rappelle que « nous assistons donc ici, dans cette véritable mutation explosive, à la rencontre d'un manque et de quelque chose qui, par l'objet-drogue, transcende ce manque dans et par un état absolument unique pour l'espèce humaine ». Il existerait une première phase de « marquage » par le produit qui permettrait l'installation dans le psychisme de l'objet-drogue après une rencontre qui équivaut à un bouleversement des processus psychiques, des modes d'investissements et de l'imaginaire du sujet. « La dépendance, qui correspond au temps suivant, est un mode d'existence qui trouve son origine dans l'expérience du toxique, mais ne s'y limite pas. Elle commence en fait lorsque, ayant trouvé la drogue, le sujet entre dans la phase de « lune de miel ». La dépendance psychique qui ne manque pas de s'instaurer est à mettre au compte tout autant de cette situation inaugurale que des effets chimiques » (Pardinielli, 1994).

Métapsychologie de la dépendance

Peut être considéré comme dépendant un sujet dont l'équilibre dépend pour une part importante de sa relation aux objets externes et à l'attitude de ceux-ci. Une telle situation n'est possible qu'en fonction de conditions internes qui peuvent être analysées d'un *triple point de vue métapsychologique* (Jeammet, 1989) :

1) point de vue topique : la dépendance survient à la suite d'un échec des intériorisations précoces (traumatismes ou sommation de micro-traumatismes) correspondant aux trois premières années de la vie (cf. le processus de séparation-individuation de Malher) et d'un échec du refoulement avec, à sa place, la répression des affects liés au traumatisme et le contre-investissement défensif des objets externes à l'origine du traumatisme. Cette répression des affects et ce contre-investissement sont alors clivés du reste du Moi et ne pourront pas suivre le travail de maturation du Moi. Un tel processus entraîne : - un échec du travail élaboratif et du jeu des représentations (mauvaise différenciation des Imagos limitant les potentialités différenciatrices et organisatrices de l'Œdipe) ; - un échec de la constitution d'un auto-érotisme centré sur des zones érogènes fortement différenciées pouvant servir de points d'appui à une régression ultérieure (Jeammet, 1988).

2) point de vue dynamique : la répression pulsionnelle limite les processus de liaison et les possibilités d'utilisation des mécanismes de défense comme le déplacement, d'où la prévalence d'affects bruts dont la destruction est accrue par la menace fantasmatique qu'ils font peser sur le Moi et sur la relation avec les objets contre-investis.

3) point de vue économique : les contre-investissements rendent le sujet dépendant des objets contre-investis. Les mécanismes de défense sont limités et le Moi est appauvri. Les voies d'aménagement des pulsions passent par l'objet au lieu de passer par le travail des pulsions et de l'investissement. La voie de la sublimation est coupée et on assiste à l'idéalisation de l'objet et donc à la désappropriation par le sujet de ses potentialités pulsionnelles. La prévalence de l'extériorisation sur l'intériorisation verra l'Idéal du Moi prendre le pas sur le Surmoi. Afin de réguler les tensions internes, la voie externe perceptivo-motrice va être privilégiée comme contre-investissement de la voie interne de satisfaction hallucinatoire de la fantasmatisation. Des secteurs du Moi de niveaux de fonctionnement très différents peuvent ainsi cohabiter.

Ces réflexions préalables concernant la référence centrale à la dépendance et à son corollaire, les contre-investissements de la réalité externe, offrent l'avantage de concilier le rôle du passé et du poids de l'actualité ; celui de l'Œdipe et celui des limites du Moi et de la lignée narcissique ; l'importance de l'organisation interne et celles des réponses de l'environnement.

Elles conduisent Darcourt (1994) à proposer *une théorisation psychanalytique de la dépendance* qui est aussi une *approche économique de la dépendance* : « Si un sujet ne peut se passer d'un objet c'est parce qu'il lui apporte une satisfaction et que son absence entraîne une insatisfaction. Il faut donc tenter de comprendre ce qu'est cette insatisfaction, c'est-à-dire à quel éprouvé elle correspond et pourquoi elle est si exclusive et si impérative » (Darcourt, 1994).

Trois mécanismes sont analysés par ces théories d'inspiration psychanalytique : *l'obtention d'un plaisir, l'obtention d'un état d'élation avec sentiment de toute puissance, l'apaisement d'une tension* ; et des modèles très divers sont construits à partir d'eux. Darcourt (1994) oppose « les modèles purs » qui tentent d'approfondir la compréhension de ces mécanismes, tout en conservant leur individualité, aux « modèles intriqués » qui distinguent mal ces trois mécanismes et qui les mélangent avec des concepts appelés hybrides. La préférence de l'auteur pour les modèles purs s'explique par un souci de clarté dans la présentation des modèles. Pour illustrer ces différents modèles, nous avons choisi l'exemple du tabagisme.

Le *premier modèle* de sa théorisation psychanalytique de la dépendance est celui du *plaisir*. Il s'agit ici d'un plaisir lié à une excitation érotique. C'est l'économie libidinale qui est concernée. Le mécanisme qui entraîne la dépendance est la recherche d'un plaisir érotique qualifié de pervers (dans le cadre de la perversité polymorphe décrite par Freud).

Nous pouvons considérer que la relation plaisir-souffrance est au cœur de la psychopathologie de la vie quotidienne du fumeur. Le plaisir occupe le devant de la scène apparente, visuelle. Fumer est un spectacle que l'on donne aux autres et que l'on se donne à soi-même. Au début, l'avantage de la cigarette est d'être vu avec, d'être vu en la fumant. Puis, elle devient un appoint pour parfaire l'image que l'on veut se donner de soi, elle valorise. Ensuite, le plaisir se fait étrangement absent lorsque la cigarette devient un besoin interne et la souffrance prédomine alors.

L'*auto-érotisme* pourrait être le ressort de certaines dépendances. Freud (1905) a été le premier à considérer le tabagisme comme une pratique auto-érotique typique, comme un substitut de la masturbation sur un mode régressif oral. La plupart des fumeurs éprouvent un certain plaisir à fumer, même si au début, l'acte de fumer semble dépourvu de tout caractère auto-érotique. Comme la sexualité, la cigarette fait naître un désir inassouvi, mais peut apporter la jouissance. C'est du moins ce que cherche le jeune fumeur. Le traumatisme des premières cigarettes provoque un phénomène de co-excitation libidinale et c'est sur cette base que va se construire l'auto-érotisme. Le jeune fumeur va opérer un repli auto-érotique. Il va s'efforcer de tirer la jouissance : jouissance du sujet et jouissance de la zone érogène, pour faire de la cigarette une bonne cigarette. Fumer, pour ces sujets, représente le rapport à une mère excessivement bonne, dangereuse de par sa toute puissance en tant que pourvoyeuse de plaisir. Les « bonnes » cigarettes sont préférentiellement celles qui suivent les repas ; les zones érogènes ont été alors excitées en même temps que le besoin physiologique satisfait. La cigarette prolonge cette excitation comme pour redoubler le phénomène ancien du plaisir d'organe et la satisfaction du besoin, comme si le fumeur était contraint de produire lui-même ce phénomène. Mais le clivage est là pour sauvegarder quelque chose qui risquerait d'être contaminé par le mauvais objet ou détruit par l'agressivité. Ce clivage maintient, sauvegarde le symbolisme de la cigarette renvoyant à la dimension du plaisir. Tous les fumeurs ne parviennent pourtant pas à tenir cette position et pour ceux-là le plaisir devient souffrance. Pour ces fumeurs, plus la cigarette devient mauvaise, plus elle se vide de sa représentation et il n'y a plus d'auto-érotisme sur la base du plaisir, mais seulement sur celle de la souffrance. Le tabagisme devient un comportement suicidaire. La cigarette est presque dédramatisée et d'autant plus indispensable qu'elle est vide de signification. Pour eux, plus de clivage entre bonnes et mauvaises cigarettes, elles sont toutes identiques et leur seule caractéristique est d'être indispensables.

Le *masochisme*, autre forme d'érotisme pervers, avec une économie masochiste (jouissance dans et par la douleur), occupe sans doute une place essentielle. L'important est le plaisir éprouvé et l'intense désir de se renouveler, ce qui conduit à un comportement de dépendance. Ce mécanisme est fréquent chez les sujets recherchant des sensations fortes (joueurs recherchant l'excitation anxieuse aiguë dans le bref instant où

« les jeux sont faits », alcooliques recherchant les sensations pénibles qui suivent l'ivresse, fumeurs recherchant les sensations euphorisantes corollaires des pics de nicotine). Fumer apporte du plaisir et pourtant, il n'y a pas de fumeurs heureux, parmi les fumeurs totalement dépendants souffrant de leur habitude. La souffrance du fumeur ne se comprend que dans la conjonction de ces trois termes : - si le plaisir apporté était grand et valorisé, la dépendance et le danger seraient ressentis autrement (comme chez un pilote de course, par exemple) ; - si l'habitude n'était pas dangereuse, la souffrance serait plutôt de l'irritation (comme devant un rite obsessionnel sans gravité) ; - si l'habitude était contrôlée, maîtrisée, le danger serait librement assumé, il n'y aurait ni angoisse, ni honte, ni culpabilité. Chacun de ces trois éléments vient donner une forme à la structure de la souffrance.

Le *deuxième modèle* est celui du *narcissisme*. Les conceptions de Grunberger en France, Kohut et Kernberg aux Etats-Unis, permettent une bonne compréhension de l'économie psychique de la dépendance. Ces auteurs lèvent l'ambiguïté par rapport à l'auto-érotisme en séparant la lignée narcissique de la lignée libidinale. Ce n'est pas l'amour de soi qui est en cause, mais l'estime de soi. Les concepts de Soi-grandiose et de Soi-objet de Kohut permettent de comprendre l'économie de la dépendance. Pour ces auteurs, ce qui caractérise le trouble de l'estime de soi dans cette pathologie, « c'est qu'elle ne peut être moyenne et adaptée et qu'elle ne peut être qu'extrême, soit effondrée, soit grandiose et qu'elle est fragile et instable, d'où les oscillations permanentes entre l'intense dévalorisation et le sentiment de perfection et de toute puissance » (Darcourt, 1994). Ce terme « grandiose » souligne la fragilité de l'illusion d'omnipotence dans les états d'élation narcissique. Le concept de Soi-objet permet de comprendre la relation du sujet dépendant à son produit. Cet objet archaïque (Soi-objet), dont il a besoin en soi, lui est absolument nécessaire. Pour le fumeur, l'objet-cigarette vient colmater une blessure narcissique, amortir le sentiment d'inefficacité, d'impuissance, renforcer la fragilité de l'estime de soi.

Le *troisième modèle* est celui de l'*apaisement des tensions*. Certains sujets utilisent le toxique, parce que c'est le produit apaisant l'angoisse qu'ils ont rencontré. Aucun autre moyen ne semble capable d'apaiser la tension intérieure. Chez les sujets présentant des manifestations psychopathiques (impulsivité, instabilité, intolérance à la frustration) ou des manifestations limites (instabilité relationnelle, crudité des

fantasmes, défaut de mentalisation, carences des mécanismes de défense contre l'angoisse), la tension semble inapaisable, sinon à titre transitoire, par l'utilisation de la drogue chez le toxicomane, d'aliments chez le boulimique, d'alcool chez l'alcoolique et de tabac chez le fumeur.

Pour le fumeur, la cigarette devient très vite un palliatif de l'angoisse. Le tabac est décrit comme un calmant dans les situations anxiogènes (Karsenty, 1991). La cigarette est allumée consciemment (jamais ou presque jamais pour se faire plaisir), pour rétablir un équilibre défaillant, combler un vide, vider un trop plein, « se donner une contenance ». Le grand fumeur est en proie à une angoisse diffuse, non fixée sur un objet, omniprésente, constamment renaissante et constamment niée et/ou évacuée par la cigarette. N'importe quelle situation déclenche le « signal d'angoisse » qui provoque la cigarette. Pour Lesourne (1984), l'angoisse du fumeur renverrait à une période archaïque où l'objet n'est pas recherché comme tel, mais complément d'un manque et élément indispensable à l'édification du sujet. Elle décrit deux types d'angoisse chez le fumeur : – *l'angoisse névrotique, conséquence du refoulement* (certaines situations, certaines activités réveillent le conflit inconscient – conduire, passer un examen, se trouver en société, ... ; la cigarette est requise en fonction de sa valeur symbolique ; elle fixe sur elle le désir inconscient, donc interdit, de manière symbolique et à coût relativement faible) ; – *l'angoisse actuelle, sans refoulement* (elle semble caractéristique du vrai fumeur. Cette angoisse est présente tout le temps. Elle est liée à la vie même. Tout est susceptible de faire naître l'angoisse. Chez le grand fumeur, le monde entier est phobogène, ce qui indique que c'est son être au monde, son assise narcissique qui est menacée).

Ces trois modèles simples et purs ne peuvent expliquer toute l'économie psychique de la dépendance. Ils indiquent seulement des perspectives de compréhension. Ils ne rendent pas compte de la totalité de l'histoire du sujet. Aucune structure psychique ne se réduit à une organisation aussi pure, plusieurs structures étant intriquées qui rendent compte d'une réalité psychique toujours complexe. Cependant, des modèles clairs permettent à l'analyse psychologique de s'étayer sur des repères rigoureux.

Un modèle biopsychosocial : corps, identité et dépendance

Pour Pedinielli (1994, 1995), l'étude psychopathologique des rapports complexes entre corps, identité et dépendance doit se dégager du modèle biologique laissant de côté les phénomènes représentatifs et économiques en cause dans l'addiction. Le corps biologique impose par le syndrome de sevrage (apparition de troubles en l'absence du produit) une dépendance caractérisée par le besoin compulsif du produit. Or une substance ne produit pas la même dépendance chez chaque sujet. Le produit n'évoque pas toujours la dépendance – cf. la « toxicomanie sans drogue », Fénichel (1945). Et une étroite dépendance à une substance ne provoque pas forcément une dépendance physique. Le biologique à lui seul ne peut rendre compte de toutes les formes de dépendance à un objet. Pour Pedinielli (1994), le produit existe sous sa forme chimique et en tant qu'objet représentant la psyché du sujet. Et « la dépendance psychique serait le reflet d'une dépendance biologique produite par les propriétés d'une substance ». De plus, la dépendance n'est pas seulement la relation à un objet matériel marquée par l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'absence de celui-ci, mais il désigne un mode de relation objectale dans laquelle le biologique est peu présent (étayage, anaclitisme). La question de la dépendance doit donc être posée en situant bien le fait qu'il existe des sentiments ou des comportements de dépendance qui ne sont pas la traduction psychique de phénomènes biologiques. Evoquer la question du corps en psychopathologie, ce n'est pas seulement parler du corps somatique, biologique, c'est aussi parler du corps imaginaire, de l'affect, de la douleur, de l'image du corps et de l'identité... « Postuler une relation entre corps et dépendance, c'est nécessairement mettre en question les rapports du corps biologique et du corps libidinal » (...) « c'est réfléchir à ce qu'est la dépendance psychique et à la manière dont le corps s'insère dans le rapport de dépendance entre un sujet et un objet » (Pedinielli, 1994). La plupart des comportements de dépendance et/ou addictifs sont des actes ou des séries d'actes qui témoignent de la rencontre entre un objet et une zone corporelle (Gutton, 1984) : tabagisme, alcoolisme, sexualité compulsive, ... répondent à cette définition. Les relations entre addiction, corps, identité et dépendance permettent de montrer que : l'absence d'objet révèle la dépendance physique (le produit protège le sujet contre des manifestations

corporelles non élaborables) ; la dépendance psychique correspond au maintien d'un type de relation ; la dépendance implique une défaillance de l'inscription symbolique du corps, de l'identité, l'objet servant de prothèse à l'élaboration corporelle et identitaire.

Pedinielli (1994) formule cinq hypothèses sur la place du corps dans ce rapport de dépendance (corps qui, pour Vénisse (1992), stigmatise sa place charnière entre le biologique et le psychologique) :

1) *La dépendance pérennise la relation entre un sujet et un objet, c'est-à-dire entre un malaise, un corps et une substance.*

Le modèle addictif n'est pas seulement la relation entre le sujet et l'objet d'addiction mais aussi la rencontre d'une situation de malaise intérieur ressenti et d'une substance. L'angoisse, le sentiment de vide, la perte d'identité contribuent à la découverte d'un objet, à un mode d'administration impliquant le corps et à un ensemble d'effets produisant une transformation de l'état psychique et des sensations physiques. Les travaux récents sur les recherches de sensations dans certaines pathologies addictives permettent de situer la sensation dans son rapport au corps et dans une certaine capacité à prendre du plaisir (Carton, 1995). L'amateur de sensations recherche des stimulations hédonistes et stimulantes qui sont censées lui apporter un degré élevé de plaisir et d'activation. « En deçà des associations entre recherche de sensations et dépendance, avec ou sans substance psychopharmacologique, où l'on peut s'interroger sur la nature du plaisir recherché, et de son devenir, il existe déjà un décalage intrinsèque au concept de recherche de sensations : un manque de réactivité émotionnelle avec des stimuli « normalement hédonistes », d'intensité et de nature communes. Un besoin de varier à l'infini les stimulations pour ne pas « s'éteindre » (Carton, 1995). Dans la rencontre sujet-objet, le corps a sa place dans la mesure où le corps provoque une forme spécifique d'auto-érotisme repérable dans l'acte qui lie l'objet et le sujet : se piquer, manger, boire, fumer, ... Dans cet auto-érotisme, l'acte et l'effet de l'acte (réduplication dans l'agir de l'opposition entre plaisir préliminaire et plaisir terminal) doivent être pris en compte. Il ne s'agit pas seulement de se protéger, de se soulager mais de se remplir, de faire « le plein de vie ». Car ce dont se plaint l'amateur de sensations, qu'il soit fumeur, sportif, joueur ..., c'est justement de ne pas ressentir, de s'ennuyer, de ne pas « vivre à plein ». Le phénomène de dépendance apparaît généralement comme l'expression psychique d'un attachement aux effets du produit. Il

maintient un lien étroit entre un objet extérieur, un corps (autant pulsionnel que biologique) et une forme de soulagement. « La dépendance s'appuie sur une forme particulière d'auto-érotisme, se substituant à une activité sexuelle impossible, car supposant un investissement objectal menaçant pour le sujet. La non intégration de l'auto-érotisme et sa non élaboration contribuent à fournir à la dépendance un appui non négligeable et à orienter l'interrogation sur la pathologie de la dépendance vers les perturbations du développement œdipien et pré-œdipien et vers le rôle des traumatismes comme ont pu le faire, de manière très différente, des auteurs comme Bergeret (1991) ou McDougall (1982) » (Pardinielli, 1994). Pourquoi cette menace de l'investissement objectal ? Car la relation d'objet implique la perte de la maîtrise partielle de la satisfaction, du fait de l'acceptation de l'autonomie de l'objet qui implique la relation (à distinguer de l'étayage anaclitique à l'objet, ou de l'emprise perverse de l'objet, où dans les deux cas, celui-ci perd son autonomie). Cette perte de maîtrise de l'objet investi dans une relation est anxiogène car elle replace le sujet face à son vide narcissique, et de façon concomitante, face à sa rage meurtrière envers l'objet défaillant. Les « relations » addictives (addiction, anaclitisme, perversion) font faire au sujet narcissiquement fragilisé, l'économie de son angoisse et de sa rage et lui permettent l'accès à une jouissance étayante, dont le principe même (l'addictivité qui dépend des limites neurophysiologiques de toute jouissance) entraîne l'obligation d'une éternelle répétition de la satisfaction.

2) *La reconnaissance de la dépendance prend appui sur le ressenti corporel apparaissant lors de l'absence de cet objet.*

La dépendance se révèle dans l'épreuve réelle ou imaginaire de la séparation et de la perte. Le modèle freudien de l'*Hiflosigkeit* (Freud, 1895, 1926) constitue une représentation des effets de la situation d'absence. Cet état de détresse (*Hiflosigkeit*) désigne la situation d'impuissance du nouveau-né à subvenir à ses propres besoins par une action spécifique à cause d'un débordement d'excitations internes qu'il ne peut maîtriser. Cet état évoque bien la situation extrême de manque. L'absence du produit provoque un ensemble de sensations corporalisées que le sujet ressent comme une effraction du pare-excitation. Mais l'*Hiflosigkeit* révèle aussi le fonctionnement du sujet addicté : le sevrage remplace le manque, le besoin se substitue au désir et l'action spécifique aux avatars de la réalisation du désir (Pardinielli, Bertagne et al., 1987 ;

Pedinielli, 1994, 1995). La dépendance s'inaugure dans cette expérience de l'absence qui fait ressentir dans le corps du sujet, le besoin de l'objet. Elle se manifeste comme une incapacité à supporter l'absence de la substance. Le modèle de l'*Hiflosigkeit* révèle encore l'absence de capacité de liaison des tensions qui entraîne l'état de détresse physique et psychique. Pedinielli (1994) rapproche cette situation de l'expérience primaire de satisfaction décrite par Freud. La particularité de cette expérience réside dans la solution donnée à la requête du besoin dans la mesure où c'est le souvenir de l'expérience de satisfaction acquise précédemment qui va être opérant : « Dès que le besoin se re-présentera, il y aura grâce à la relation établie, déclenchement d'une impulsion psychique qui investira à nouveau l'image mnésique de cette perception dans la mémoire, et provoquera à nouveau la perception elle-même, c'est-à-dire reconstituera la situation de première satisfaction. C'est ce mouvement que nous appelons désir, la réapparition de la perception est l'accomplissement du désir et l'investissement total de la perception depuis l'excitation du besoin est le chemin le plus court vers l'accomplissement du désir » (Freud, 1900).

La comparaison entre l'*Hiflosigkeit* et l'expérience primaire de satisfaction montre que la différence se situe dans la « réponse au besoin » ; l'hallucination dans l'*Hiflosigkeit* est impossible, le sujet est incapable de réinvestir la situation, ce qui suppose la liaison des excitations. L'action spécifique devient le recours essentiel. La dépendance a partie liée avec cette incapacité à lier les tensions et le déni de cette dépendance apparaît comme un moyen pour triompher de l'objet aliénant. Le sujet s' imagine avoir triomphé de l'objet, c'est-à-dire de son aliénation à cet objet. La défaillance de l'élaboration psychique se paie par le recours au plaisir de l'introduction d'un objet, à l'assimilation de ses propriétés et à sa destruction (Freud, 1905). Nous trouvons ici ce qui se produit dans certaines addictions, la dialectique de l'incorporation et de l'introjction : incorporation réelle (injection, ingestion, inhalation, introduction, intromission, ...) et incorporation fantasmatique faute d'introjction symbolique.

Nous pouvons dire que la reconnaissance de la dépendance tabagique prend appui sur l'éprouvé corporel apparaissant lors de l'absence du tabac (cigarette, par exemple). Le syndrome de sevrage apparaît lorsque le fumeur réduit ou cesse d'utiliser la substance à laquelle il est « accroché ». Le sevrage à la nicotine est l'illustration physique/

corporelle (diminution du rythme cardiaque ; fièvre ; augmentation de l'appétit et du poids ; insomnies) et psychique (humeur dysphorique ; irritabilité ; frustration ; colère ; anxiété ; difficulté de concentration) des effets du manque. Le syndrome de sevrage, à l'instar du modèle freudien de l'*Hiflosigkeit*, illustre bien la situation extrême de manque, le fonctionnement de l'addicté tabagique à la perte d'un renforcement en tant que tentative psychosomatique pour venir à bout de la douleur physique et psychique.

3) *La substance permet d'éliminer la douleur.*

La thèse de l'automédication est évoquée par les problématiques cognitivo-comportementales (Peele, 1985) et par les problématiques analytiques (Rado, 1933). La dépendance serait liée à cette capacité de la substance à réduire certains phénomènes déplaisants, voire de limiter l'apparition de phénomènes psychotiques. Les travaux de Lohr et Flynn (1992) sur le tabagisme et la schizophrénie montrent la prévalence chez les patients schizophrènes du tabagisme et mettent en évidence l'action des récepteurs nicotiques et dopaminergiques dans la schizophrénie, susceptibles de diminuer les symptômes négatifs schizophréniques. La thèse de l'automédication n'est pas contradictoire avec la thèse de la recherche de sensations, qui révèle une dimension hédoniste (Carton, 1995). La consommation d'un objet correspondrait à l'élimination de sensations désagréables mais aussi à la restitution d'un état antérieur plaisant. La substance est utilisée pour soigner un dysfonctionnement interne de nature physique. La prévalence du tabagisme est extrêmement élevée chez les schizophrènes (90%), ce qui soulève l'hypothèse d'une automédication « physique ». Les discussions ne sont pas closes pour faire la part des différents mécanismes possibles : éventuel effet direct positif de la nicotine ou d'autres composées de la fumée sur les principaux neurotransmetteurs impliqués dans les troubles psychiatriques (Balfour, 1982) ? Interaction de la fumée de tabac avec les médicaments, neuroleptiques en particulier (le tabac exercerait un effet protecteur vis-à-vis du syndrome extrapyramidal lié aux neuroleptiques) (Izard, 1976 ; Stimmel, Falloon, 1983 ; Ereshefsky, Jann et al., 1985 ; Yassa, Lal et al., 1987 ; Miller, Kelly et al., 1990 ; Decina, Caracci et al., 1990) mais aussi avec les benzodiazépines, dont elle diminue la sédation, et l'halopéridol dont elle augmente l'effet. Le tabac atténue aussi les effets secondaires de certains médicaments (sécheresse de la bouche, hypotension orthostatique, ...) et protège de la

maladie d'Alzheimer et de Parkinson (Molimard, 1995). La substance est aussi utilisée pour soulager un dysfonctionnement de nature psychique (souffrance psychique). Il s'agit d'une souffrance généralement difficile à verbaliser, d'autant plus forte que le sujet s'éloigne de l'objet de dépendance. La souffrance est souvent ressentie corporellement, même si le corps n'est pas le lieu de la douleur comme si ce qui ne peut se jouer sur la scène psychique était automatiquement localisé dans l'éprouvé corporel. Avec le produit, cet état disparaît momentanément. Le tabac utilisé pour augmenter un niveau d'activation, ou éviter un affect négatif, rentre dans le cadre d'une hypothèse d'automédication « psychologique ». Le comportement tabagique entraîne la régulation de plusieurs variables émotionnelles, ainsi que du niveau d'activation du sujet. Le concept de recherche de sensations établit que les amateurs de sensations – parmi lesquels on rencontre de grands consommateurs de tabac (Zuckerman, Neeb, 1980) – ont besoin de stimulations et d'expériences variées qui les maintiennent à un niveau d'activation optimal, et qu'ils ont tendance à élever par l'utilisation de drogues psychostimulantes. La nicotine semble être une de ces substances. L'étude de sujets déprimés, qui présentent des tableaux émotionnels variés d'humeur dépressive et de leur comportement tabagique, permet d'explorer de manière particulièrement aiguë les relations entre régulation de l'affect, niveau d'activation et tabagisme. Des travaux (Carton, Burgener et al., 1992 ; Carton, Jouvent et al., 1994) montrent, par exemple, que les patients déprimés seraient plus dépendants du tabac que les fumeurs normaux et que cette dépendance tabagique serait liée à la régulation des affects ; que le tabagisme stimulant est proportionnel à la dépression et qu'il sert une fonction activante anti-dépressive. Dans cette perspective, la conduite d'addiction semble aussi être « une défense contre la dépression qui permet l'évitement de la confrontation à la position dépressive et aménagement de tout vécu de perte et de séparation » (Jeammet, 1985 ; Laufer, 1989 ; Vénisse, 1992).

Ce rapprochement entre somatisation et dépendance et/ou addiction met en évidence trois particularités : 1) *la difficulté d'élaboration des affects* (ressentir, nommer, exprimer des émotions : alexithymie) ; 2) *la limitation des productions imaginaires* (rêves, fantasmes, rêveries, fantaisies) ; 3) et *la défaillance d'introjection* (entraînant la faillite des objets internes et le maintien d'une dépendance aux objets externes

substitutifs). Chez certains sujets, la prise d'une substance vient en quelque sorte éviter l'irruption de l'affect, de certaines émotions. Cet affect exclu de la scène psychique, ne réapparaît pas dans la sphère corporelle sous la forme de la somatisation, parce que le corps en tant qu'organe récepteur est modifié par la prise du produit, afin de se protéger contre un éventuel éprouvé psychique. La dépendance se constituerait dans le rôle joué par la substance dans l'extinction de ce qui perturbe l'économie du sujet mais aussi l'augmentation paradoxale de ces affects. Elle découlerait de la répudiation de l'affect et de l'intolérance à la souffrance corporelle due aux impasses de l'élaboration psychique. Elle répondrait à la propriété de l'objet à restituer une fonction d'intégration et d'évitement de l'effraction de l'affect.

4) *L'absence d'élaboration psychique est en relation avec les premiers investissements corporels et les procédures d'individuation.*

Les difficultés d'élaboration des affects témoignent d'une absence d'élaboration du corps : difficultés de la représentation de l'espace du corps, émergence d'un corps pulsionnel, troubles de l'image du corps, ... Comme nous l'avons déjà souligné, les comportements de dépendance renvoient *aux relations précoces mère-enfant* et mettent en scène des *particularités de l'investissement corporel et de l'élaboration du corps pulsionnel*. Le défaut d'élaboration du corps pulsionnel, notamment pour ce qui concerne les auto-érotismes, a été signalé par Freud (1905), Gutton (1983) et Jeammet (1991a, 1991b) ; il en va de même pour l'investissement du corps propre, c'est-à-dire d'une part des investissements narcissiques. De nombreux auteurs ont mentionné le rôle des *traumatismes précoces* (troubles dans les relations mère-enfant) et dans les *difficultés d'investissement du corps propre* (Corman, 1993 ; Stern, 1989 ; Marcelli, 1997). Les conduites de dépendance révèlent ainsi un trouble de l'investissement corporel en relation avec *l'échec du processus de séparation et d'individuation* (Jeammet, 1991b). Les conduites de dépendance introduisent l'apparition d'une économie parallèle dans laquelle tout se joue au niveau du corps en termes de besoins, d'actions spécifiques, d'évitement de la représentation et de l'affect, l'absence d'intégration liée au corps libidinal.

5) *Le corps impliqué dans les ruptures d'une dépendance insupportable.*

La dépendance matérielle, physique, psychique, à l'objet que le sujet perçoit lui semble souvent intolérable. De par son besoin irrépressible,

elle est perçue comme un obstacle à sa liberté et lui révèle son aliénation. Cet insupportable, le corps l'exprime par le désagrément et la souffrance. Un certain nombre de comportements mettant en jeu le corps de manière destructrice semblent avoir pour fonction de rompre la dépendance dans ce qu'elle a de plus douloureux. Rompre la dépendance se manifeste au niveau de son représentant corporel. Certaines *overdoses*, certaines tentatives de suicide, certaines conduites à risque, semblent posséder cette fonction de rupture comme l'a montré Charles-Nicolas (1985). Les conduites de dépendances et/ou addictions renvoient à des comportements autodestructeurs : l'effet réel à terme de l'alcoolisme, du tabagisme, de la toxicomanie, de l'utilisation de laxatifs et de diurétiques chez les boulimiques, est nettement autodestructeur même si on observe un déni de ce risque (le risque d'autodestruction est reconnu, mais il est en même temps nié en actes). Ces comportements autodestructeurs procédant d'une utilisation et d'une mise en péril du corps auxquels fait référence Charles-Nicolas (1981, 1982, 1985, 1989) sont appelés *comportements ordaliques*.

Nous constatons, qu'à travers sa pratique, le fumeur invétéré vise l'agression d'autrui sous toutes ses formes (par la fumée, les cendres, les mégots, les odeurs qu'entraîne la cigarette). Il veut lui faire mal, le blesser, l'agresser, le diminuer, lui dénier tout pouvoir (le voir fumer lui aussi, succomber) et même le faire disparaître dans une sorte de triomphe narcissique. A cette volonté de destruction et à cette toute-puissance correspondent l'autodestruction et la blessure narcissique. L'intoxiqué agit à contre-vie. Sa conduite est une conduite suicidaire et fumer est bien une représentation de sa propre destruction, de sa propre agression. Lorsqu'on considère le tabagisme comme un tout dans ce qu'il représente pour le sujet et pour autrui, les plaisirs qu'il apporte, les angoisses qu'il fait naître, les fantasmes qui les sous-tendent en tant que comportement excessif et dangereux, la souffrance qui s'y attache est, comme nous l'avons vu, surtout mentale. Et pourtant cette souffrance psychique est la conséquence d'une souffrance physique qui existe, mais qui est peu ressentie. Certains maux bien définis, les douleurs associées à la cigarette, sont la cause consciente de la souffrance psychique du fumeur. Chaque cigarette fumée est un micro-traumatisme que le fumeur lui-même s'inflige plus sur le plan physique que sur le plan psychique. L'agression que constitue la fumée du tabac dans les bronches est ressentie très vivement au début ; elle est parfois à peine

supportable. L'habitude de la cigarette s'instaure sous le signe du choc, du trauma (Lesourne, 1984). « Toutes les cigarettes fumées après la première par tous les fumeurs gardent réellement et fantasmatiquement un pouvoir traumatisant. Toute cigarette lèse les voies respiratoires, laisse un mauvais goût ; toute cigarette agresse l'organisme ; la souffrance entraînée par la cigarette, qu'elle soit une simple bronchite ou un cancer, résulte de l'addition de ces innombrables mini-agressions, répétitions du traumatisme initial et LE FUMEUR LE SAIT BIEN » (Lesourne, 1984). Le fumeur s'inflige un grand nombre de fois chaque jour un mini-traumatisme et revit à cette occasion le traumatisme analogue qui a inauguré la série de son adolescence et, de manière figurée, une certaine période dramatique de son enfance. A chaque cigarette fumée, le scénario entier qui sous-tend l'intoxication tabagique se trouve joué et répété en abrégé : rapport intime avec un objet rendu, préalablement dangereux, maîtrise et destruction de celui-ci ; c'est là un des caractères prodigieux de la cigarette (Lesourne, 1984).

« La dépendance, au sens psychique du terme, naît de la réminiscence de l'expérience originaire qui lie la jouissance au corps ». Dans les addictions, « le corps se réduit le plus souvent au somatique : l'addiction aboutit à une authentique déssexualisation de ce corps, au point que rien ne semble plus se jouer sur la scène psychique et que le corps ne paraît exister qu'en fonction de quelques sensations dont l'importance, la force, viennent empêcher l'expression d'affects ou de représentations. L'addicté « substitue à l'érogénéité un système plus économique ne laissant place qu'à une seule logique : tension – produit (action-spécifique) – réduction de tension – absence du produit – tension ... » (Lesourne, 1984). Ce faisant, toutes les autres manifestations corporelles et psychiques sont annulées. L'addiction réalise un évitement de la reconnaissance du désir de l'Autre qui implique une soumission et une dépendance intolérables, parce qu'elle le menace d'engloutissement – le sujet s'engage dans un fonctionnement corporel au plus près du biologique, fait de clivage, de déni et de répétitions. Faute d'accéder à une reconnaissance, la dépendance réapparaît dans le réel et dans le réel biologique. La dépendance psychique, quant à elle, apparaît comme une tentative de maintien de cette relation dont le propre est d'unifier l'identité, le corps (Pediñelli, Bertagne et al., 1987 ; Pediñelli, 1994, 1995).

Conclusion

Bien qu'il ne soit pas exhaustif, l'examen des travaux réalisés dans le cadre de l'étude de la dépendance psychopathologique nous permet de dégager un ensemble de faits que nous allons synthétiser comme suit :

- Le **premier constat** concerne *la définition du terme de dépendance*. La notion de dépendance ne fait pas véritablement partie du vocabulaire de la psychopathologie. Elle n'y est cependant pas inconnue, car c'est un mot que l'on retrouve souvent, mais plus comme une facilité descriptive que dans une acceptation précise renvoyant par exemple à une modalité relationnelle bien spécifiée. En effet, le terme est suffisamment général pour que tout un chacun perçoive qu'il est peu ou prou dépendant de quelqu'un ou de quelque chose. Cela dans des proportions certes variables, mais on ne peut fonder une psychopathologie de la dépendance sur sa seule dimension quantitative (mesure de la sévérité de la dépendance physique, du besoin physiologique, par exemple). Car sinon nous serions tous, plus ou moins, dépendants de quelqu'un, de quelque chose ou d'un comportement, la pathologie apparaissant au-delà d'un certain seuil de dépendance et/ou en fonction de l'objet de la dépendance. Dès lors, comme de nombreux auteurs (Jeammet, 1989 ; Pedinielli, 1994), nous faisons aussi appel au fonctionnement psychique pour comprendre les processus de dépendance et notamment de dépendance psychique, sans que cela ne nous empêche de prendre en compte la dimension quantitative de la dépendance physique.

- Le **second constat** concerne *la rencontre du sujet pathologique avec l'objet de dépendance*. Il s'agit d'une expérience corporelle et psychique qui transforme la vie du sujet : les processus psychiques organisés autrement vont favoriser l'émergence de conduites de dépendance délétères ayant la propriété de donner un corps et d'empêcher le corps de souffrir. Dès lors, à côté de la question du corps biologique, somatique, nous devons évoquer la question du corps en psychopathologie : corps imaginaire, libidinal ; mais également les rapports que le corps entretient avec les affects, l'éprouvé corporel ; la douleur, la souffrance physique ou psychique ; l'image du corps et l'inscription identitaire.

- Le **troisième constat** a trait aux *explications causales de la dépendance*. La plupart des auteurs considèrent que la dépendance est en

rapport avec un défaut d'élaboration psychique du corps pulsionnel (auto-érotismes), en relation avec les premiers investissements corporels (investissements narcissiques) et les processus de séparation-individuation. Dès lors, nous sommes bien proches du modèle du narcissisme, avec la question de l'auto-érotisme, fondement des assises narcissiques et de la compréhension de l'économie psychique de la dépendance.

L'articulation qu'il reste à établir entre ces trois constats place tout d'abord les dépendances sur un continuum qui irait des plus communes, quotidiennes, multiples et comme équilibrées entre elles, jusqu'à l'autre extrême des addictions massives, envahissantes, monopolisantes de la vie du sujet. Sur ce continuum, nous ne sommes pas tous au même endroit, car nous sommes différents face aux dépendances. Cette différence se pose à la fois en terme de niveau de fonctionnement physiologique (par exemple, le chercheur ou « l'éviteur » de sensation de Zuckerman) et de destin du narcissisme selon l'histoire du sujet. Une histoire qui se poursuit au delà de l'enfance et de l'adolescence, sur ce qui est actuellement reconnu comme trajectoire de l'addiction, avec ses étapes typiques (la rencontre, la lune de miel, les luttes, rémissions, rechutes, réinstallations...). Aussi, la prévention et le soin de la dépendance pourraient trouver à s'enrichir en essayant de prendre en compte la dynamique diachronique de tous ces paramètres.

Références

1. Balfour, D.-J.-K. (1982), Bases neurochimiques de la dépendance à la nicotine, in Semaine des Hôpitaux de Paris, 1982, 65, 40 : 2409-2415.
2. Bergeret, J. (1991), Les conduites addictives : approche clinique et thérapeutique, in Venisse, J.-L. (pp. 3-9) Les nouvelles addictions, 1991, Masson, Paris.
1. Bornstein, R. (1992), The dependent personality : Developmental, social and clinical perspectives, in Psychological Bulletin, 1992, 112 : 3-23.
2. Bornstein, R. (1993), The dependent personality, 1993, New York, Guilford Press.

3. Bornstein, R. (1994), Adaptive and maladaptive aspects of dependency: An integrative Review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 622-635.
4. Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss: Vol. 1, Attachment*. New York, Basic Books.
5. Britchnell, J. (1988), Defining dependence. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 111-113.
6. Carton, S., Bungener, C., Montreuil, M., Allilaire, J.-F., Widlöcher, D., Jouvent, R. (1992), Recherche de sensations et dimensions de l'humeur dans les états dépressifs. *L'Encéphale*, XVII, 567-574.
7. Carton, S., Jouvent, R., Widlöcher, D. (1994), Nicotine dependence and motives for smoking in depression. *Journal of Substance Abuse*, 6, 67-76.
8. Carton, S. (1995), La recherche de sensations : Quel hédonisme ? *Revue Internationale de Psychopathologie*, 17, 71-93.
9. Charles-Nicolas, A. (1981), Passion et ordalie. In J. Bergeret (ed.), *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Dunod, Paris, 63-74.
10. Charles-Nicolas, A., Valleur, M. (1982), Les conduites ordaliques. In C. Olievenstein, (ed.), *La vie du toxicomane*, Presses Universitaires de France, Paris, 82-99.
11. Charles-Nicolas, A. (1985), A propos des conduites ordaliques : un stratégie contre la psychose ? *Topique*, 35/36, 207-239.
12. Charles-Nicolas, A. (1989), Fantasma et conduites ordaliques. In *L'anorexique, le toxicomane et leur environnement*, E.S.F., Paris, 76-85.
13. Corman, L. (1993), *Amour et narcissisme. De l'Amour de soi à l'Amour d'Autrui*. Jacques Grancher Éditeur, Paris.
14. Darcourt, G. (1994), Économie psychique de la dépendance. In D. Bailly, J.L. Venisse (eds), *Dépendance et conduites de dépendance*, Masson, Paris, 125-133.
15. Decina, P., Caracci, G., Sandik, R., Berman, W., Mukherjee, S., Scapicchio, P.-L. (1990), Cigarette smoking and neuroleptic-induced parkinsonism. *Biological Psychiatry*, 28, 502-508.
16. Ereshefsky, L., Jann, M.-W., Saklad, S.-R., Davis, C.-M., Richards, A.-L., Burch, N.-R. (1985), Effects of smoking on fluphenazine clearance in psychiatric inpatients. *Biological Psychiatry*, 20(3), 329-332.

17. Fenichel, O. (1945), *La théorie psychanalytique des névroses*. Presses Universitaires de France, Paris.
18. Freud, S. (1895), *Névrose, psychose et perversion*. Presses Universitaires de France, Paris, 1956.
19. Freud, S. (1900), *L'interprétation des rêves*. Presses Universitaires de France, Paris, 1980.
20. Freud, S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Gallimard, Paris, 1962.
21. Freud, S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*. Presses Universitaires de France, Paris, 1968.
22. Gutton, J. (1983), *Le bébé du psychanalyste*. Paidos/Le Centurion, Paris.
23. Gutton, J. (1984), Pratiques de l'incorporation. *Adolescence*, 5(1), 61-78.
24. Izard, C. (1976), *Neuropsychologie et tabac*. Masson, Paris.
25. Jeammet, Ph. (1985), Actualité de l'agir. A propos de l'adolescence. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 31, 201-222.
26. Jeammet, Ph (1988), Les destins de la dépendance à l'adolescence, Intervention au Colloque de Grenoble, Janvier.
27. Jeammet, Ph. (1989), Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires, valeur heuristique du concept de dépendance. *Confrontations psychiatriques*, 31, 177-202.
28. Jeammet, Ph. (1990), *Les destins de l'auto-érotisme à l'adolescence. Adolescence terminée, adolescence interminable*. Presses Universitaires de France, Paris.
29. Jeammet, Ph. (1991a), Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. La boulimie, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, Presses Universitaires de France, Paris, 81-104.
30. Jeammet, Ph. (1991b), Addiction, dépendance, adolescence. Réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. J.L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Masson, Paris, 10-29.
31. Jeammet, Ph. (1994), Dépendance et séparation à l'adolescence, point de vue psychodynamique. In D. Bailly, J.L. Venisse (eds), *Dépendance et conduites de dépendance*, Masson, Paris, 135-143.
32. Jeammet, Ph. (1995), Psychopathologie des conduites de dépendances et d'addiction à l'adolescence. *Cliniques Méditerranéennes*, 47/48, 155-175.

33. Jeammet, Ph. (1997), Complémentarité des approches thérapeutiques des conduites addictives. In D. Bailly, J.L. Venisse, (eds), *Addictions : quels soins ?* Masson, Paris.
34. Karsenty, S. (1991), Le tabac : usage tranquille, usage coupable. In *Modes de consommation. Mesure et démesure*, Editions Descartes, Paris, 111-115.
35. Kaul, V., Mathur, P., Murlidharan, R. (1982), Dependency and its antecedents. *Indian Educational Review*, 17, 35-46.
36. Laufer, M. (1989), Dépression d'objet. Dépression sans objet. *Adolescence*, 4(2), 195-201.
37. Lerner, H.-E. (1983), Female dependency in context: Some theoretical and technical considerations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 697-705.
38. Lesourne, O. (1984), Le grand fumeur et sa passion. Presses Universitaires de France, Paris.
39. Lorh, J.-B., Flynn, K. (1992), Smoking and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8(2), 93-102.
40. Marcelli, D. (1994), Du lien précoce au lien d'addiction. Quelques hypothèses sur les racines de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 7, 279-284.
41. Marcelli, D. (1997), Le lien thérapeutique : remémoration du lien précoce ou répétition du lien d'addiction. Les aléas du suivi du toxicomane. In J.L. Venisse, D. Bailly (eds), *Addictions : quels soins ?* Masson, Paris, 74-82.
42. McDougall, J. (1982), *Théâtre du Je*. Gallimard, Paris.
43. Miller, D., Kelly, M.-W., Perry, P.-J., Coryell, W.-H. (1990), The influence of cigarette smoking on haloperidol pharmacokinetics. *Biological Psychiatry*, 28, 529-531.
44. Mollimard, R. (1995), Induction et clinique du tabagisme. In Cours du diplôme de Tabacologie, Paris, Université Paris XI, Faculté de Médecine Paris-Sud.
45. Olievenstein, C. (1987a), Aspects psychodynamiques du développement et du devenir d'un toxicomane. *Confrontations psychiatriques*, 28, 93-102.
46. Olievenstein, C. (1987b), Dépendance toxicomaniaque. *Adolescence*, 5(1), 7-16.

47. Pedinielli J.-L., Bertagne, P., Millet, C. (1987), Les pathologies addictives et le modèle de l'incorporation. *L'information Psychiatrique*, 63(1), 27-32.
48. Pedinielli, J.-L. (1994), Corps et dépendance. In D. Bailly, J.L. Venisse (eds), *Dépendance et conduite de dépendance*, Masson, Paris, 111-126.
49. Pedinielli, J.-L. (1995), Le toxicomane et la mort. *Cliniques Méditerranéennes*, 47/48, 37-57.
50. Peele, S. (1985), *The meaning of addiction : compulsive experience and its interpretation*. Lexington, Mass, Lexington Books.
51. Rado, S. (1933), The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 1-23.
52. Siegel, R.-J. (1988), Women's dependency in a male-centered value system. *Women & Therapy*, 7, 113-123.
53. Stern, D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Presses Universitaires de France, Paris.
54. Stimmel, G.-L., Falloon, I.-R. (1983), Chlorpramaine plasma levels, adverse effects and tobacco smoking. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44(11), 420-422.
55. Venisse, J.-L. (1992), Corps et addiction. *Annales de Psychiatrie*, 7(1), 14-17.
56. Winnicott, D.W. (1971), *Jeu et réalité*. Gallimard, Paris.
57. Yassa, R., Lal, S., Korpassy, A., Ally, J. (1987), Nicotine exposure and tardive dyskinesia. *Biological Psychiatry*, 22(1), 67-72.
58. Zuckerman, M., Neeb, M. (1980), Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation seeking in religion and driving habits. *Personality and Individual Differences*, 4, 197-206.

Recherche réalisée sans intérêts partagés.