



© Psycho-e-print, 01/04/2002  
Ecrit le 22/11/1999

Fernandez L., Bernoussi A. (2000), La question des liens entre les états-limites et les addictions. *Psychotropes*, 6(3), 65-80 (*Psycho-e-print*, 2002, lydia\_fernandez00/la question des liens entr, 20).

## La question des liens entre les états-limites et les addictions<sup>\*</sup>

LYDIA FERNANDEZ<sup>\*\*</sup>, AMAL BERNOUSSI<sup>\*\*\*</sup>

**Résumé** – Le problème soulevé dans la littérature scientifique – le plus souvent psychanalytique – est de savoir si l'on peut envisager les addictions en termes de structure psychopathologique spécifique, d'une part, ou dans le cadre des structures psychopathologiques classiques (névrose, psychose, état-limite), d'autre part. Les points de vue divergent sur les réponses à apporter à cette question et plusieurs théories s'affrontent : 1) celles pour lesquelles les

---

\* 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. © Psychotropes, 2000. 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.

\*\*\* Maître de conférences en Psychopathologie, Université de Picardie. E-mail : amal.bernoussi@u-picardie.fr.

addictions sont expliquées en fonction de la dynamique intra-psychique du sujet ; 2) celles pour lesquelles les addictions ne sont pas rapportées à une structure précise, mais prennent des sens différents selon la structure qui les organise ; 3) celles pour lesquelles les addictions relèvent d'une organisation psychopathologique particulière : les états-limites. L'intérêt de cet article trouve son origine dans le constat suivant : la question du lien (ou des liens) entre addictions et états-limites a-t-elle lieu de se poser, quand la littérature scientifique sur cette question reste fragile et controversée ?

**Mots-clés.** Addiction, Structure, Etats-limite, Psychose, Névrose.

## The question of links between borderlines and addictions

**Abstract** – The problem raised in the – most often psychoanalytic – scientific literature is to know if, on one hand, addictions may be considered in terms of a specific psychopathological structure, or on the other hand, in the framework the classical psychopathological structures (neurosis, psychosis, borderline). The points of view differ in replies to bring to this question and several theories are opposing: (1) those in order that addictions are explained according to the intra-psychic dynamics of the subject; (2) those in order that addictions are not brought to a precise structure but take different senses according to the structure that arranges them ; (3) those in order that addictions concern a particular psychopathological organization: borderline. The interest of this article finds its origin in the following acknowledgement: has the question of the link (or links) between addictions and borderline to be asked, when the scientific literature on this issue remains fragile and controversial ?

**Keywords.** Addiction, Structure, Borderline, Psychosis, Neurosis.

### Introduction

Existe-t-il un lien entre structures psychopathologiques et addictions ? Quelles sont les différentes structures psychopathologiques concernées ? Peut-on décrire en termes métapsychologiques les effets des addictions ? Pour chaque structure en cause les addictions peuvent-elles se décrire du point de vue topique, dynamique, économique ?

Le problème soulevé dans la littérature scientifique en psychopathologie, le plus souvent psychanalytique, est de savoir si l'on peut envisager les addictions dans le cadre des organisations psychopathologiques classiques (névrose, état-limite, psychose), d'une part, ou comme

une structure psychopathologique en propre, d'autre part. Les points de vue s'affrontent sur la réponse à apporter à cette question, donnant lieu à différentes théories.

### **L'addiction hors de toute structure psychopathologique**

Pour nombre d'auteurs (Rodriguez Piedrabuena, 1996 ; Brisman & Siegel, 1984 ; Piera Aulagnier, 1981 ; Fain, 1981 ; Brown, 1977 ; Mintz, 1977 ; Oury, 1977 ; Robinson & Winnik, 1977, Lagache, 1951) les addictions ne relèvent d'aucune des deux lignées structurelles classiques névrotique, psychotique, ni de l'organisation état-limite. L'addiction s'explique alors en fonction de la dynamique intrapsychique du sujet et en tenant compte de ce que représente chaque personne, chaque situation particulière. Le destin d'une addiction est étudié selon la personnalité du sujet et son parcours de vie, sans nécessairement recourir aux catégories nosographiques psychodynamiques.

De nombreuses relations sont établies entre l'addiction et certains aspects/traits de la personnalité et/ou symptômes retrouvés chez de nombreux addicts (Rodríguez Piedrabuena, 1996) sans qu'aucune structure ne soit précisément évoquée :

- défaut de défense contre les affects avec tentative d'autotraitement (avec en corollaire, un état dépressif, un sentiment de vide, une absence de pensée) ou défenses primitives (Wurmser, 1982) ;
- défaillances des phénomènes transitionnels (Gammil, 1981 ; Mac Dougall, 1982) ;
- carences de la fonction imaginaire et sublimatoire (Kernberg, 1979 ; Olievenstein, 1982 ; Bergeret, 1981, 1982) ;
- échec de l'introjection (Abraham & Torok, 1971 ; Gutton, 1984) ;
- non-dit des émotions (Wurmser, 1982) ;
- instabilité affective (Wurmser, 1982) ;
- carences affectives (Bergeret, 1981) ;
- manque de tolérance aux frustrations (Wurmser, 1982) ;
- manque de tolérance à l'angoisse (Kernberg, 1979) ;
- manque de contrôle pulsionnel (Kernberg, 1979) ;
- faiblesse de l'estime de soi (Kernberg, 1979 ; Fain, 1981 ; Gammil, 1981) ;

- problématique de l'oralité (Freud, 1905 ; Rado, 1926, 1933 ; Glover, 1928 ; Fenichel, 1945 ; Hartmann, 1969) et fonctionnement incorporatif (Gutton, 1984) ;
- auto-destructivité (Wurmser, 1982) ;
- manifestations auto-agressives (tendances suicidaires), voire compulsives (Bergeret, 1981, 1982) ;
- hypersymbolisation des objets primordiaux (Wurmser, 1982) ;
- régression qu'il s'agisse de gratification régressive (Wurmser, 1982) ; de régression structurale (Rado, 1926) ; de réintrication régressive (Aulagnier, 1979) ; de régression pulsionnelle (Bergeret, 1981, 1982) ;
- crises narcissiques (dysrégulations/défaillances narcissiques – Kohut, 1974, Jeammet, 1991, Brusset, 1991) ;
- carences de l'intériorisation (Johnson, 1993) et identitaires (failles de l'identification, carences identitaires primaires et secondaires en liaison directes avec les difficultés éprouvées dans les relations familiales anciennes – Gutton, 1984, Bergeret, 1984, 1991) ;
- pathologie familiale (Angel & Angel, 1989 ; Charles-Nicolas, 1989) reliée à une pathologie du surmoi et de l'idéal du moi de ces sujets (Wurmser, 1982) ;
- non intégration d'une économie œdipienne établie sous l'autorité d'une loi d'origine paternelle énoncée par le père ou par la mère au nom du père (Bergeret, 1984) ;
- adhésion à des idéaux mégalomaniaques inaccessibles conduisant à des déceptions et des mouvements dépressifs que le produit addictif est supposé annuler ou masquer (Bergeret, 1984) ; ...

Cette énumération succincte et non exhaustive renvoie et trouve sa pertinence dans le cadre des différents modèles psychanalytiques de l'addiction, par exemple : le modèle des défaillances des phénomènes transitionnels de McDougall ; le modèle des pratiques de l'incorporation de Gutton ; le modèle des assises narcissiques et de l'objet de Jeammet et celui des conduites ordaliques de Charles-Nicolas & Valleur. Ces différents modèles ne présentent, à l'analyse, que des distinctions de surface et l'on peut y retrouver des éléments communs : échec de l'introjection, défaillance identitaire, défaillance des assises narcissiques, particularités du fonctionnement incorporatif.

## **L'addiction selon les structures psychopathologiques classiques**

Pour Neto (1992), la mise en place d'un processus d'addiction masque le plus souvent la structure, voire s'y oppose momentanément. Les addictions ne sont donc pas rapportées à une structure précise mais prennent des sens différents selon la structure dans laquelle elles s'inscrivent.

Pour Bergeret (1981, 1982), « il n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique de l'addiction ». N'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addiction dans certaines conditions affectives internes et relationnelles. On ne peut enfermer l'addiction dans un mode de personnalité particulier, car elle apparaît comme une réalité difficilement repérable au plan nosographique, dans les modèles psychopathologiques. Du fait même de cette non exclusive de l'addiction par rapport aux structures, Bergeret est amené à considérer la possibilité du développement d'une addiction à partir de n'importe quel type de structure mentale (névrose, psychose ou état-limite).

L'addiction n'intervient pas sur le registre de la structure sous-jacente, mais est relative et explicative du fonctionnement comportemental. Dans ce contexte, on peut dire que l'addiction renvoie simplement à un besoin du sujet, besoin qui est satisfait sur le registre économique latent, selon un mécanisme de défense particulier, en lien avec les failles et la structure psychiques sous-jacentes.

Cette vision conduit à renoncer à l'hypothèse d'une identité structurelle commune à tous les comportements d'addiction. Cependant, dans le même temps, Bergeret maintient le concept d'addiction en précisant qu'il existe « des aménagements économiques partiels », indépendants des structures sous-jacentes et communs aux différentes formes structurelles d'addiction. Les addictions vont donc être caractérisées par : la régression en direction de la colère originelle, l'absence de secondarisation mentale de cette violence naturelle, l'angoisse, des difficultés identificatoires, une pauvreté imaginaire, entraînant une prédilection pour des manifestations agies au détriment des élaborations mentales.

Ce faisant, on peut constater au travers de cette économie partielle, que l'addicté existe et qu'une description peut en être faite. Pour Bergeret, la problématique de l'addicté tourne pour l'essentiel autour de carences

narcissiques et de vécus dépressifs « contre lesquels il s'agit de lutter à la fois par le comportement et par le corps » (Bergeret, 1990). Cependant, les aménagements dépressifs de l'addiction ne correspondent pas tous à la même structure psychique sous-jacente. Quant aux aménagements dépressifs névrotiques, ils sont plus rares aujourd'hui que dans les années mille neuf cent soixante et correspondent à des sujets plus âgés, avec une addiction peu gênante et bien adaptés à leur environnement. Il peut s'agir de consommations occasionnelles, à la suite d'un stress ayant mis en danger momentanément l'intégrité narcissique (perte, rupture affective, changements existentiels), qui raniment la problématique œdipienne.

Les aménagements psychotiques sont, eux aussi présents, permettant d'éviter pour un temps la psychiatrisation chez le sujet jeune. La lutte se porte contre la dépression psychotique, dont on connaît les spécificités en terme de clivage, d'angoisse de morcellement et de délire. La psychose émergera brusquement à l'occasion d'un sevrage trop bien réussi (Bergeret, 1990).

Enfin, les problématiques addictives les plus fréquentes aujourd'hui concernent les personnalités narcissiques, les états limites, pour lesquelles la lutte contre la dépression est dite « essentielle » (Bergeret, 1981). Ces problématiques concernent surtout les adolescents et les jeunes adultes. C'est ici qu'un ensemble de facteurs prédisposants (problématiques familiales) et déclencheurs, voire prolongateurs (problèmes socio-économiques, problèmes environnementaux) entrent en jeu pour déboucher sur un processus psychopathologique plus étendu.

En résumé, pour Bergeret, l'addiction n'est pas une « structure », mais un mode d'aménagement en réponse à une souffrance psychique ayant un caractère fondamental pour le sujet, cette souffrance mettant en jeu le narcissisme même du sujet. Sous l'addiction, se cache une stratégie de survie à la dépression, dont les modes répétitifs, compulsifs, servent le maintien d'une intégrité, d'une sorte de continuité du moi. Le rapport de l'addiction avec l'aménagement caractériel, trouve son origine probable dans l'aménagement caractériel du sujet (névrotique, psychotique ou pervers). Cet aménagement influe sur l'intensité de l'addiction éprouvée par le sujet (Bernoussi, 1999).

Dans le même sens, pour Sawitt (1963), les structures addictives sont un complexe symptomatique, plutôt qu'une entité, et que l'on peut

rencontrer dans différents états comme la schizophrénie, les états dépressifs, les perversions, les états-limites et les troubles du caractère. Il décrit en 1954, la psychanalyse d'un patient névrosé en cure classique en dehors de toute institution. La demande d'analyse du patient était motivée par une dépression et aux cours des entretiens préliminaires, Sawitt apprend que son patient est héroïnomanes depuis un an et demi et qu'il n'a jamais été hospitalisé pour sevrage.

Freda (1980) décrit le discours de l'addicté comme un discours pervers. Bien que la perversion soit peu évoquée dans la littérature, il existe des travaux présentant des addicts, dont l'addiction apparaît comme essentielle, et qui sont considérés comme pervers (Chassel, cité par Crowley, 1939).

Markos Zafiroopoulos (1988) affirme, dans un article portant le même titre, que « le toxicomane n'existe pas », puisqu'il n'appartient à aucune catégorie psychiquement isolable. A travers son expérience d'analyste, il explique, en présentant plusieurs cas cliniques d'addiction extrêmement différents, que celle-ci peut se greffer sur une structure psychotique, sur une névrose hystérique et sur des aménagements pervers de type masochiste.

Cancrini (1994) identifie, en utilisant des procédures expérimentales qui valident ses observations cliniques, une typologie de consommateurs de substances. Quatre catégories de base sont définies : 1) les troubles de l'adaptation ; 2) les troubles névrotiques ; 3) les troubles de la personnalité sociopathique ; 4) les troubles psychotiques et les états limites. Cette typologie va également dans le sens de la non spécificité d'une structure psychopathologique en fonction des addictions.

C'est également la position de Le Poulichet (1987) et de Melman (1989) pour qui « la toxicomanie peut survenir chez n'importe qui ... ». Ces auteurs considèrent que, par manque de rigueur conceptuelle, deux tendances se sont affirmées chez les psychanalystes : la première consiste à tenter d'identifier les addictions à des variantes de pathologies déjà connues (perversion, mélancolie, manie,...) et la seconde se propose de mettre en évidence une organisation psychopathologique autonome de type dépressif : les états-limites. Ce que reproche Le Poulichet (1987) à la seconde tendance, c'est d'associer des concepts analytiques à des facteurs comportementaux en opérant un glissement permanent entre des qualifications morales, des catégories psychiatriques, des données comportementales et des concepts

psychanalytiques. Selon elle, ces associations sont sources de confusions pour les analystes qui réfléchissent sur les addictions, car expliquer le phénomène des addictions en tentant de produire une synthèse théorique les amène à dénaturer les concepts analytiques. Il se produit souvent une « psychologisation secondaire » des concepts analytiques, lorsque les théories reposent sur des données comportementales ou idéologiques de l'addiction. Il y est question de l'addiction comme catégorie homogène, sans que celle-ci soit interrogée, et où l'addicté qui se trouve décrit, commenté, analysé.

La lecture critique de Le Poulichet (1987) insiste sur deux points : - la légitimation d'une attribution psychologique de signification aux addictions en terme d'organisation psychopathologique autonome ; - l'enfermement des addictions dans une théorie empêchant la recherche psychanalytique dans ce domaine.

Pour certains auteurs (Sawitt, 1963 ; Bergeret, 1982, 1984), l'addiction peut survenir chez n'importe qui. Les associations névroses-addictions, psychoses-addictions, états-limites-addictions existent. La réflexion « structurologique », en référence à la clinique, nous conduit alors à une triple constatation :

1. il n'existe pas de structure psychique stable des addictions ; n'importe quelle structure mentale peut donner naissance à une addiction ;
2. l'addiction ne modifie jamais la nature spécifique de la structure psychique profonde en cause ; elle ne peut que modifier le mode de fonctionnement secondaire de la structure profonde sous-jacente ;
3. l'addiction à un produit toxique est recherchée en fonction d'un besoin plus ou moins conscient ou manifeste d'un sujet, mais aussi comme une stratégie défensive et de régulation contre les failles occasionnelles de la structure profonde présente dans le cas particulier envisagé.

Cette triple constatation, qui exclut un type unique de personnalité addictée, conduit cependant les auteurs à rechercher quels sont les aménagements économiques ponctuels et indépendants des structures sous-jacentes de la personnalité, qui peuvent apparaître communs à ces différentes structures. Nous retrouvons ici les principaux aspects/traits de la personnalité et/ou symptômes, retrouvés chez de nombreux

addictés par les auteurs et ne faisant référence à aucune structure psychopathologique précise.

Pourtant, aucun des auteurs cités précédemment n'ont été en mesure d'élaborer des hypothèses pour expliquer, à structure équivalente, pourquoi telle personne se drogue et telle autre non, dans des environnements socio-économiques et culturels équivalents. Le lien qui unit structure et addiction reste mystérieux, puisque rien ne permet de prévoir que l'utilisateur d'un produit va devenir pharmaco-dépendant.

Seuls les auteurs kleinien semblent pouvoir répondre à cette interrogation puisque, à structure équivalente, c'est l'importance du sadisme lié aux phases précoces du développement libidinal qui expliquerait l'installation ou non d'une addiction. La seule difficulté conceptuelle est que la théorie kleinienne et la pratique analytique privilégient l'interprétation et la connaissance de ces phases précoces du développement, quel que soit le symptôme ou la structure. Seul Chassel & Freda (1980) évoquent la structure perverse comme équivalent possible à l'addiction (Magoudi, 1985).

En revanche, d'autres auteurs (Ferbos, Magoudi, 1986 ; Zafirooulos, 1988 ; Ferbos, 1995) récusent l'existence de l'association états-limites et addictions pour des raisons qui tiennent essentiellement à leurs positions théoriques :

L'existence des états-limites, c'est-à-dire d'une organisation œdipienne « intermédiaire » entre les névroses et les psychoses, est incompatible avec la caractérisation de l'Œdipe définie comme une structure, fonctionnant dans l'inconscient selon une loi de castration symbolique et permettant à un sujet, l'inscription dans un ordre qui implique la différence des sexes et des générations. C'est pourquoi pour ces auteurs, l'absence d'accès à la structure symbolique situe d'emblée les états-limites du côté de la psychose et plus particulièrement de la psychose non délirante.

Ces auteurs considèrent que l'Œdipe tel qu'il vient d'être caractérisé, c'est-à-dire en référence à la castration symbolique, est absent dans les états-limites, ainsi que dans les psychoses délirantes. Pour Lacan (1966), « L'Œdipe – quelque soit la structure psychopathologique en cause – est la seule référence possible, le seul élément permettant, par son absence ou par sa présence, un repérage structural ». C'est à partir du cas de l'homme au loup, considéré généralement comme l'archétype de l'état-

limite, qu'a été décrit par Lacan le processus de forclusion du nom du père, mécanisme spécifique de la psychose.

La théorisation lacanienne, à la différence de la théorisation psychiatrique ou psychanalytique classique, ne distingue pas les sujets d'un point de vue génétique, topique, dynamique économique et symptomatique, mais par des discours leur permettant d'accéder à un statut de sujet. Le passage à l'acte addictif ne destitue pas l'addicté de sa position de sujet, mais tend à masquer, à court-circuiter par du réel et/ou de l'imaginaire, ce que le sujet ne veut pas ou ne peut pas voir, de son engagement symbolique dans cette conduite, c'est-à-dire de sa position subjective. Quel que soit le produit utilisé, il restera toujours externe pour le sujet. C'est pourquoi, vouloir faire correspondre la prise du produit et un fonctionnement mental sera toujours voué à l'échec. Le passage à l'acte addictif ne signe en rien une structure psychopathologique (Ferbos, 1995). Le point de vue structurel sert seulement de repérage dans la clinique, il équivaut à s'intéresser à l'ordre et à l'enchaînement des signifiants dans le discours des addicts et à examiner la façon dont les signifiants de l'addiction peuvent être des signifiants de la demande et se substituer ou non, suivant qu'existe ou non la référence à l'Œdipe comme structure, de manière métaphorique, les uns aux autres selon un code oral, anal ou phallique.

Tableau I : Synthèse des différents registres relatifs à l'addiction opérant selon la structure considérée (d'après Ferbos, 1995).

Névrose	Psychose
<p><b>L'expérience addictive :</b> renvoie pour le sujet à satisfaire/à combler un besoin, un manque d'amour.</p>	<p><b>L'expérience addictive :</b> renvoie à l'histoire du sujet, à l'assurance « d'une continuité d'être ».</p>
<p><b>Le manque :</b> renvoie à la castration (accession au complexe d'Œdipe, fonctionnement de la différence des sexes et des générations, rencontre avec la loi). L'addicté névrosé doit passer du stade de la frustration (où le manque est imaginaire et l'objet réel) à celui de la castration (où l'objet est imaginaire et le manque</p>	<p><b>Le manque :</b> ne renvoie pas à la castration (non-accession au complexe d'Œdipe, non-fonctionnement de la différence des sexes et des générations, pas de rencontre avec la loi, forclusion du nom-du-père) mais à un « manque à être » (morcellement avec un vécu corporel disjoint, disloqué, dissocié, qui est corrélatif d'une absence de</p>

---

symbolique) à travers la privation (où l'objet est réel et le manque symbolique).

**La prise du produit addictif :** est un moyen d'échapper à la frustration du manque d'amour.

**Le produit addictif comme :**

a) objet cause de désir : il ne fait pas partie du code inconscient du sujet. L'addiction ne peut donc pas être décrite comme un rapport exclusivement oral, anal ou phallique. L'addiction permet à l'addicté névrosé de croire au leurre que son désir est corrélé à un objet et que le travail analytique passe par l'examen des relations des addictés avec le produit addictif comme objet et non que le produit addictif est un support signifiant au niveau de la demande.

b) support signifiant de la demande : pour passer du stade de la frustration à celui de la castration, le névrosé est obligé de passer par le langage et de nommer ses objets causes de désir selon un code oral, anal ou phallique. Il ne peut le faire qu'à travers les signifiants de la demande.

**Les signifiants de l'addiction :** autant de signifiants qui peuvent venir s'insérer dans la chaîne symbolique du langage, comme autant de supports du désir inconscient des sujets.

---

saisie structurante, de l'image en miroir).

**La prise du produit addictif :** est un moyen d'échapper au morcellement en structurant, hors signifiant, une image en miroir recréant une complétude narcissique et l'unité imaginaire du corps. L'addiction masque la psychose grâce au hors-signifiant.

**Le produit addictif comme :** signifiant de la lutte contre l'éclosion délirante du sujet psychotique. Il vise à créer un « manque à avoir », être addicté fait courir au psychotique le risque d'être en état de manque (avoir ou ne pas avoir de produit addictif). Il peut être utilisé pour accéder au signifiant du manque, pour faire intervenir un tiers symbolique (la mère) permettant au sujet de renouer avec la jouissance. Il permet au psychotique de supporter le désir de la mère en forgeant le leurre de la création d'un signifiant du manque et de l'existence d'un tiers symbolique.

**Les signifiants de l'addiction :** supports projectifs pour énoncer et tenter de maîtriser de « l'extérieur » ce qui ne peut être contrôlé de « l'intérieur ».

Dit autrement, suivant qu'il s'agit d'une structure névrotique, psychotique, l'expérience addictive, le manque, les signifiants de l'addiction, la prise du produit addictif, le produit addictif, renvoient à des registres complètement différents (Tableau I, d'après Ferbos, 1995).

### **L'addiction comme structure psychopathologique spécifique**

L'étude des addictions a permis, dès les années 1930, de s'interroger sur la pathologie état-limite. De nombreux auteurs (Glover, Rado, Aulagnier, ...) ont décrit des états structuraux de cet ordre, chacun en des termes différents.

C'est à Glover (1932) que revient la description des addictions en termes d'états-limites ou plutôt « transitionnels ». Il considère les addictions comme de réels états « borderline », en ce sens qu'ils ont un pied dans la psychose et l'autre dans la névrose.

Son argumentation repose, en grande partie, sur des bases théoriques empruntées à Mélanie Klein. Pour Glover le sadisme, toujours en relation avec un élément libidinal, joue un rôle majeur dans les addictions. Cette situation est rendue possible par l'existence, à la phase prégénitale, d'un Œdipe précoce, un « pré-Œdipe », porteur d'une forte charge sadique. Ce pré-Œdipe permet l'existence d'une « (...) série de situations "œdipiennes" nucléaires (...) auxquelles l'addicté reste fixé ». Les addictions résultent d'après l'auteur, « d'une fixation à un système œdipien transitionnel » – un système se trouvant entre les noyaux œdipiens plus primitifs, produisant les angoisses paranoïdes ou mélancolique et le noyau œdipien responsable des réactions obsessionnelles plus tardives, dont la fonction défensive est de contrôler les charges sadiques. Les addictions agissent comme des protections contre une réaction psychotique, dans des états de régression. Le produit addictif, assimilé par Glover à un objet partiel, « (...) serait une substance (...) aux propriétés sadiques, qui existe à la fois à l'extérieur et à l'intérieur du corps, mais qui ne peut exercer ses pouvoirs sadiques qu'à l'intérieur ». Selon cette explication, les addictions représentent « une transition entre le sadisme externalisé menaçant d'un système paranoïde et le sadisme internalisé d'un système mélancolique ». Pour Glover, l'angoisse paranoïde est localisée aux relations de l'addicté avec le produit addictif, ce qui explique que le sens de la réalité de l'addicté n'est pas grossièrement et évidemment distordu. Tous ces éléments

montrent que pour Glover, les syndromes toxicomaniaques ne sont ni des névroses ni des psychoses, mais qu'ils se situent cliniquement et génétiquement quelque part entre les deux. Cette argumentation théorique résume les conclusions de Glover quant aux addictions.

Rado (1933) introduit le concept de « pharmacothymie » pour décrire les addictions. Il considère tous les types d'addictions comme des variétés d'une seule et même maladie, caractérisée par une dépression initiale. Après la prise du produit, l'addicté ressent un plaisir « pharmacogénique » qui entraîne une euphorie. Cette euphorie est produite par le moi qui retrouve sa dimension narcissique originelle et sa toute-puissance. L'euphorie est de courte durée et la dépression initiale revient, exacerbée par le remords et la culpabilité. Pour maintenir l'auto-érotisme, le moi qui vient de retrouver sa toute-puissance originelle, s'engage dans un cycle dépression-euphorie. Ce cycle aboutira à la diminution des périodes d'euphorie, à une crise dont l'addicté pourra sortir par trois voies : la psychose, l'abstinence, le suicide.

Depuis cette date, d'autres auteurs ayant cherché à isoler une structure psychopathologique spécifique aux addictions ont utilisé la catégorie nosographique des états-limites. Nous citerons notamment Rosenfeld (1976), dont la description des addicts est pratiquement analogue à celle de Glover. En observant des addicts d'un point de vue psychanalytique, ces auteurs constatent que l'addiction est étroitement liée à la maladie maniaco-dépressive, mais sans lui être identique. Les addicts utilisent des mécanismes maniaco-dépressifs renforcés et modifiés par l'usage des produits addictifs utilisés. La description qu'il fait des addicts, de leur relation avec le produit addictif, de la pathologie repérée (il n'emploie pas le terme d'état-limite) renvoie aux caractéristiques qu'il est habituel de retrouver dans la description des états-limites : faiblesse du moi ; intolérance à la frustration, à la douleur, à la dépression ; clivage du moi et des objets ; pulsions destructrices et auto-destructrices. Cette description renvoie aussi aux mécanismes de défense relatifs aux états-limites : clivage pathologique, identification projective.

Bergeret (1970, 1981, 1982), même s'il dénie aux addictions et aux addicts l'appartenance à une structure particulière, décrit néanmoins une métapsychologie et une psychogenèse qui leur seraient spécifiques. Nous avons pu voir qu'il parle « d'aménagements économiques

partiels », d'une « précarité de l'anaclitisme relationnel, avec prédilection pour les manifestations agies au détriment de la parole », de « violence fondamentale ». Il décrit des mécanismes de défense spécifiques des organisations dépressives limites : clivage du moi, clivage de l'objet, identification projective, forclusion. Autant d'éléments qui ne sont pas sans rappeler sa description des états limites. Kernberg (1979) consacre un chapitre à l'analyse structurelle des états-limites où il distingue plusieurs caractéristiques :

- des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi : il individualise « le manque de tolérance à l'angoisse », « le manque de contrôle pulsionnel », « le manque de développement des voies de la sublimation ». Le manque de contrôle pulsionnel est spécifique d'un sous-groupe de patients limites, isolé par Kernberg, comprenant des personnalités impulsives et des addicts ;
- une fixation à des relations d'objets de type prégénital ;
- une prédominance des objets partiels ;
- un retour aux processus primaires de la pensée ;
- des opérations défensives spécifiques de l'organisation limite de la personnalité : clivage, idéalisation primitive, identification projective, déni, omnipotence et dévalorisation.

Kernberg s'appuie, comme Rosenfeld, en grande partie sur la théorie kleinienne. C'est pour cette raison que son abord des mécanismes de défense dans les états-limites est assez proche de celui de Rosenfeld sans lui être cependant identique. D'autres auteurs, cités par Gunderson *et al.* (1975), écrivent, à propos des travaux sur la question des liens entre états-limites et addictions, que « le sujet limite est unique quand à sa sensibilité au stress pharmacologique ».

Aulagnier (1981) insiste sur l'investissement d'objet « passionnel » qu'elle caractérise d'asymétrique, parce que « le sujet est inexistant pour l'objet investi passionnément (la drogue n'étant dotée d'aucun désir, d'aucune intentionnalité par et pour celui qui l'absorbe) ». « La forme et la qualité de la relation qu'instaure le sujet avec l'objet répondent à des questions rencontrées dans l'analyse d'un type de problématiques, qui ne peuvent prendre place, ni dans le champ de la névrose, ni dans celui de la psychose et pas plus, sans des approximations abusives, dans celui de la perversion, même si, par certains points, elles paraissent s'en

rapprocher ». Elle redéfinit ici les caractéristiques de l'investissement d'objet dans la psychose et la névrose, pour y opposer les investissements qui se font par « la voie de la souffrance, qu'elle soit causée par la maladie ou par la non satisfaction de besoins érogènes ou pulsionnels, c'est-à-dire psychiques ».

La base théorique de la description des états-limites suppose donc qu'ils ne sont ni tout à fait névrosés ni tout à fait psychotiques. Qu'observons-nous ? (Bergeret, 1982 ; Sztulman, 1995) : les addictions ne permettent pas de retrouver des indices caractérisant la structure œdipienne et donc névrotique, décompensée ou pas. La clinique confirme ici l'exception que constitue la coexistence, chez un même sujet, de personnalités addictées et névrosées (dans le sens d'un conflit intra-psychique élaborable et gérable par le recours à des mécanismes de défense matures comme le refoulement).

Cependant, il est difficile de repérer dans les addictions des éléments de fracture durable du lien à la réalité, ni de relation d'objet dyadique et fusionnelle (sauf transitoirement à l'objet-drogue, mais qui appartient à l'environnement non humain), ni de production délirante construite et tenace, ni de retrait généralisé et durable des investissements objectaux. Les patients addictés ne semblent pas avoir le bénéfice des fixations, régressions et défenses stables d'une solide structure psychotique. A moins qu'ils se positionnent avec l'énergie résiduelle du désespoir dans un mouvement de défense anti-psychotique ? A moins qu'ils utilisent un produit addictif comme une automédication physique pour atténuer les effets secondaires de certains médicaments (neuroleptiques, benzodiazépines) ? (Fernandez, 1997a, 1997b). Le tabagisme, par exemple, est une addiction extrêmement élevée chez les schizophrènes : 90 % fument et utilisent le tabac pour contrer les effets secondaires de médicaments provoquant la sécheresse de la bouche, l'hypotension orthostatique (Molimard, 1995).

D'autre part, les addictés, dans des proportions variables, se présentent toujours avec des récits de vie et des éprouvés personnels où dominent les sentiments d'abandon, de séparation, de perte, d'éloignements réels ou fantasmatiques, qui génèrent des sensations ou de simples perceptions d'ennui, de vide, de vulnérabilité des limites (du corps, de la psyché, du monde interne), de la non-permanence d'un sentiment continu d'existence.

Ces sujets, dans l'incapacité à représenter, à ressentir, à conflictualiser intra-psychiquement et à symboliser, sont donc condamnés à produire des actes-symptômes, parce que l'accès au désir humain leur est interdit, barré par le risque mortel qui l'habite : la confrontation au manque. Victimes de carences narcissiques précoces, réactivées à l'adolescence par la confrontation à la différence des sexes et des générations et au sentiment fondamental d'incomplétude, ces sujets se voient contraints de s'acquitter par leur corps de ce manque initial projeté sur les autres. Les stigmates d'une lutte incessante contre la dépression ne manquent pas et il semble que l'on puisse les situer clairement dans l'organisation limite, même si on peut observer des cas d'addictés névrosés ou psychotiques.

Dans l'état actuel des connaissances, pour Juignet (1997), il faut admettre qu'il existe trois types de structures : structure névrotique, structure psychotique, structure intermédiaire, dont une des déclinaisons correspond à état-limite. Ces types constituent des formes relativement stables et chacun des éléments constituants présentent des particularités : ils sont présents ou absents, plus ou moins efficaces et diversement constitués, leurs relations sont conflictuelles, non tempérées ou pas. Pour cet auteur, au-delà des deux structures de base (névrose et psychose), il existe plusieurs types de structures possibles. Il n'y a pas de raison de se limiter à deux structures (névrotique et psychotique) « en forçant la clinique pour la faire entrer dans le moule », on peut très bien construire une structure intermédiaire respectant les nuances individuelles. L'élaboration de la structure doit être subordonnée à la clinique, car elle concerne un individu particulier et ne devrait intervenir qu'après une patiente élaboration théorique. « Il se peut même qu'on ait besoin d'inventer d'autres structures dans l'avenir si la clinique l'exige » (Juignet,1997).

## **Conclusion**

Le statut scientifique des addictions, aussi bien que leur place théorique par rapport aux structures psychopathologiques, restent encore inscrits dans la controverse scientifique. Répondre à nos questions initiales, concernant les liens entre les lignées structurelles et les comportements addictifs, apparaît aujourd'hui bien difficile. Le caractère transnosographique des addictions, souligné par Bergeret, semble faire pencher la

balance en faveur d'une approche sans parti pris, accordant à chaque structure la possibilité d'une expression addictive du trouble, répondant aux besoins liés à la structure considérée. Pourtant, les états-limites semblent avoir une affinité « structurelle » particulière avec les addictions. Doit-on pour autant y voir une liaison exclusive ? Certainement pas, car alors ce serait oublier l'addictivité, telle qu'elle peut apparaître dans les névroses, comme dans les psychoses. Une solution peut être proposée à la discussion : pour l'essentiel, c'est la dépression et la fragilité narcissique qui « motivent » la réponse addictive dans les états-limites ; alors, pourquoi ne pas envisager ces mêmes éléments commun de souffrance psychique et de fragilité du moi, lorsque l'addiction apparaît au cœur d'une névrose ou d'une psychose (Loonis, 1999).

## Références

1. Abraham, N., Torok, M. (1971), *L'écorce et le noyau*. Paris, Aubier-Montaigne.
2. Angel, P., Angel, S. (1989), *Familles et toxicomanies*. Paris, Editions Universitaires.
3. Aulagnier, P. (1979), *Les destins du plaisir*. Paris, Presses Universitaires de France.
4. Aulagnier, P. (1981), La souffrance comme preuve. *Cahiers de l'Institut Universitaire des Sciences psychosociales et neurobiologiques*, 8, 67-78.
5. Bergeret, J. (1981), *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris, Dunod.
6. Bergeret, J. (1982), *Toxicomanie et personnalité*. Paris, Presses Universitaires de France.
7. Bergeret, J. (1984), La personnalité du toxicomane. In J. Bergeret (ed.), *Précis des toxicomanies*, Paris, Masson, 63-75.
8. Bergeret, J. (1990), Les conduites addictives, approche clinique et thérapeutique. In J.L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson, 3-9.
9. Bernoussi, A. (1999), *Addiction au cannabis et personnalité limite*. Thèse de Doctorat Nouveau régime, Université Toulouse Le Mirail, UFR de Psychologie.

10. Brisman, J., Siegel, M. (1984), Bulimia and alcoholism: Two sides of the same coin? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1(2), 113-118.
11. Brown, R. A. (1977), Conformity in gamma and delta alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 895-896.
12. Brusset, B. (1991), Psychopathologie et métapsychologie de l'addiction boulimique. In *La boulimie*, Monographie de la *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 105-132.
13. Cancrini, L. (1994), The psychopathology of drug addiction: A review. *Journal of Drug Issues*, 24(4), 597-622.
14. Charles-Nicolas, A. (1989), Enfance de toxicomanes. *Annales Médico-Psychologiques*, 147(2), 241-244.
15. Fain, M. (1981), Approche métapsychologique du toxicomane. In J. Bergeret (ed.), *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, 27-36.
16. Crowley, R.M. (1939), Psychoanalytic literature on drug addiction and alcoholism. *Psychoanal. Rev.*, 26, 39-54.
17. Fenichel, O. (1945), *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris, Presses Universitaires de France.
18. Ferbos, C., Magoudi, A. (1986), *Approche psychanalytique des toxicomanes*. Paris, Presses Universitaires de France.
19. Ferbos, C. (1995), Structure et toxicomanie. *Cliniques Méditerranéennes*, 47/48, 23-35.
20. Fernandez, L. (1997a), *Addiction tabagique et disposition narcissique chez des fumeurs consultant pour sevrage tabagique*. Thèse de Doctorat Nouveau régime, Université Toulouse Le Mirail, UFR de Psychologie, 42.
21. Fernandez, L. (1997b), Approche du concept d'addiction en psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 155(4), 255-265.
22. Freda, H. (1980), *Fêtes des fêtes*. Journée de travail des 28-29 Juin, Paris, Ecole de la Cause freudienne.
23. Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1962.
24. Gammil, J. (1981), Narcissisme, toute puissance et dépendance, In J. Bergeret (ed.), *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, 39-46.

25. Glover, E. (1932), On the aetiology of drug addiction. *International Journal of Psychoanalysis*, 13, 298-328.
26. Gunderson, J.G. (1975), Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1.
27. Gutton, Ph. (1984), Pratiques de l'incorporation. *Adolescence*, 2(2), 315-338.
28. Hartmann, D. (1969), A study of drug taking adolescents. *The Psychoanalytic Study of the Child*, XXIV, 384-398.
29. Jeammet, Ph. (1991), Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. In *La boulimie*, Monographie de la *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 81-104.
30. Johnson, B. (1993), A developmental theory of addictions and its relationship to the twelve step program of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), 23-24.
31. Juignet, P. (1997), *Etats-limites et passions narcissiques*. Paris, Berger-Levrault.
32. Kohut, H. (1974), *Le soi*. Paris, Presses Universitaires de France.
33. Kernberg, O. (1979), *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse, Privat.
34. Lacan, J. (1966), La signification du phallus. In *Ecrits*, Paris, Editions du Seuil.
35. Lagache, D. (1951), Un ménage de toxicomanes. *L'Evolution Psychiatrique*, 3, 267-294.
36. Le Poulichet, S. (1987), *Toxicomanies et psychanalyse – les narcoses du désir*. Paris, Presses Universitaires de France.
37. Loonis, E. (1999), *Théorie Générale de l'Addiction, introduction à l'hédonologie*. Thèse de psychopathologie, Université Toulouse II.
38. Magoudi, A. (1985), Revue critique de la littérature analytique sur les toxicomanies. *Psychiatrie de l'Enfant*, 28(1), 259-293.
39. Mc Dougall, J. (1982), *Théâtre du Je*. Paris, Gallimard.
40. Melman, Ch. (1989), Un héroïsme de masse. *Autrement*, L'esprit des drogues, 106.
41. Mintz, I. (1977), A note on the addictive personality: Addiction to placebos. *American Journal of Psychiatry*, 134(3), 327.
42. Molimard, R. (1995), Le tabac et l'anxiété. *Neuro-psy*, 10(10), 491-496.
43. Neto, D. (1992), Estrutura neurotica da personalidade e toxicodependencia. *Revista Portuguesa de Psicanalise*, 10-11, 57-65.

44. Olievenstein, C. (1982), *La vie du toxicomane*. Paris, Presses Universitaires de France.
45. Oury, J. (1977), Drogue, psychose, langage. In A. Verdiglione (ed.), *Drogue et langage*, Paris, Traces-Payot, 17-27.
46. Rado, S. (1926), The psychic effects of intoxicants: an attempt to evolve a psychoanalytical theory of morbid cravings. *International Journal of Psychoanalysis*, 3(3-4), 396-413.
47. Rado, S. (1933), The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *Psychoanal. Quarterly*, 2, 1-23.
48. Robinson, S., Winnik, H. Z. (1977), Amphetamine dependence: Psychodynamic aspects. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 15(4), 375-388.
49. Rosenfeld, H. (1976), La toxicomanie. In *Les états psychotiques*. Paris, Presses Universitaires de France.
50. Sawitt, R. (1963), Psychoanalytic studies on addictions ego structure in narcotic addiction. *Psychoanal. Quarterly*, 32, 43-57.
51. Rodríguez Piedrabuena, J.A. (1996), Personalidad y adicción. In *¿Por qué nos drogamos? Del poder y otras adicciones*. Estudio Psicoanalítico, Madrid, Edición castellana : Editorial Biblioteca Nueva, 61-74.
52. Sztulman, H. (1995), *Entre Névroses et Psychoses. Une nouvelle pathologie : les états-limites*. Non publié. 105-106.
53. Wurmser, L. (1982), The question of specific psychopathology in compulsive drug use. *Ann. Acad. Sci.*, 33-43.
54. Zafiropoulos, M. (1988), Le toxicomane n'existe pas. *Analytica*, Cahiers de Recherche du Champ Freudien. Paris, Navarin Editeur.

**Recherche réalisée sans intérêts partagés.**