

Logiques de l'addiction

Benoît Virole

Psychologue

PhD. Psychopathologie, PhD. Sciences du langage

benoit.virole@wanadoo.fr

2019 - 2021

Résumé

Ce texte destiné à la formation des professionnels en addiction (IREMA Novembre 2019) met l'accent sur la notion de *seuils* de déclenchement des conduites addictives et propose une réflexion autour de l'échec des processus de pensée comme facteur psychique ayant une valeur critique dans la chute toxicomaniaque.

Mots-clefs

Addiction toxicomanie Psychanalyse Pensée

Introduction

L'addiction est devenue un entité syncrétique de psychopathologie naïve. Les conduites de l'héroïnomane, du joueur de poker, du flambeur au casino, du Casanova des réseaux sociaux, ou de l'amateur compulsif de chocolat sont toutes affublées du nom d'addiction et partagent ainsi les mêmes rubriques journalistiques et les commentaires de spécialistes. C'est bien évidemment un syncrétisme dommageable. Il est lié à la tendance lourde de notre époque à considérer ces écarts à la norme attendue socialement comme étant identiques en nature. Ces phénomènes sont alors redevables d'une explication physiologique – par exemple un déficit dans un neuromodulateur – soit psychologique, un manque d'amour compensé par la cocaïne ou le chocolat – soit encore social – un excès de stress au travail. Il manque à ces conceptions naïves, mais dominantes, de l'addiction la perception d'une part de la complexité des déterminants des conduites addictives – ce qui signifie que l'isolation, même statistique, d'un facteur causal, est un non sens du fait de la

circularité des dimensions influentes et d'autre par la reconnaissance de la subjectivité. Nous la définirons ici comme composé du caractère idiosyncrasique de chaque individu, donc non compilable dans une analyse statistique, et d'une dimension qualitative comprenant ce qu'il est en tant que sujet, et à laquelle il convient de rattacher son histoire clinique. Mais acceptons ce terme d'addiction et admettons que l'on ne puisse faire autrement. Il est effectif que l'on ne peut aborder l'addiction que comme la rencontre entre au moins quatre espaces.

1. Le premier espace concerne l'objet d'addiction, toxique reconnu, jeu vidéo, jeu d'argent, sexe compulsif, etc. Dans tous les cas, l'addiction correspond à la recherche de plaisir dans un premier temps, puis dans un second temps, l'évitement du déplaisir.
2. Le second espace est celui du social. Il détermine l'acceptation d'une conduite ou sa désignation comme une pathologie d'addiction. Il renforce, inhibe, interdit ou au contraire stimule telle ou telle conduite. Sur ce plan, il existe de nom-

breuses variations liées à la culture et aux classes sociales.

3. Le troisième espace est celui de la physiologie. Il existe des susceptibilités somatiques différentes à l'alcool, aux opiacés ou autres toxiques. Les différences interindividuelles sont nombreuses et jouent sur la pharmacodépendance. Ces différences sont liées à une donnée fondamentale existant pour tout le monde et qui est un facteur majeur des conduites addictives : la capacité du corps à générer des endomorphines pour contrecarrer la douleur, et à générer également des substances procurant des sensations de plaisir (circuit du plaisir). Il existe donc dans l'organisme des balances subtiles entre douleur et plaisir (dopamine), balances et équilibres qui se voient bousculer de fond en comble par l'expérience toxicomaniaque.
4. Enfin, le quatrième espace est celui de la vie psychique. C'est cet espace qui est constamment oublié, ou rejeté, par les approches contemporaines de l'addiction. Dans cet espace, se déploient le déterminisme de la volonté, - cette fonction mise à mal par l'addiction - celui de la capacité à supporter le déplaisir et à renoncer au surcroît de plaisir. C'est-à-dire en termes freudiens à supplanter le principe de réalité à la toute puissance du principe de plaisir. Ce refus engage un combat entre une instance organisée de la vie psychique, le moi, avec des dynamiques pulsionnelles d'une grande puissance visant à la satisfaction immédiate.

L'expérience de la chute

Comment aborder tous ces espaces sans se diffracter dans des spécialisations qui isolent chacune des aires d'efficacité, relative, mais qui parviennent difficilement à avoir une vue d'ensemble. Souvent la toxicomanie est associée au terme d'escalade. La pharmacodépendance induit la nécessité de consommer de plus en plus le produit, plus fréquemment ou à des doses plus importantes. Le terme d'*escalade* est juste mais nous proposons de réfléchir à l'addiction, à l'inverse comme une *chute*. Le toxicomane, nous appellerons ainsi dorénavant le sujet à la conduite addic-

tive, lutte contre le toxique, veut en être débarrassé, combat de façon intense contre le mouvement qui le pousse vers le produit, puis enfin *chute*. Le mot est constamment employé par les sujets décrivant l'addiction, : « j'ai tenu bon, puis j'ai chuté ».

Or, qu'est ce qu'une chute ? Prenons la métaphore au pied de la lettre. Une chute est une descente de gradient entre une position élevée par rapport à un référentiel spatial vers une position plus basse. La meilleure façon de se représenter une chute est de la visualiser par la cascade d'un cours d'eau (cf. Figure 1).

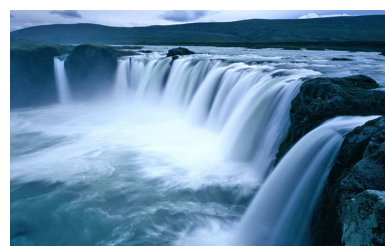


Figure 1 – Exemple de chute d'eau, irrépressible !

Elle permet de prendre conscience du facteur énergétique lié à la différence de potentiel entre le haut et le bas. Quand le sujet toxicomane est pris par le mouvement dynamique qui l'entraîne à la chute, ces efforts sont inutiles. La puissance inexorable qui l'entraîne à la consommation du produit est comparable à ce déferlement d'énergie. Pour autant, il existe des conduites toxicomaniaques qui ne vont pas jusqu'à l'effondrement. Pour se les représenter, nous utiliserons la même métaphore de la chute d'eau mais cette fois de façon schématisée (cf. Figure 2.).

La chute est représentée par plusieurs trajectoires (flèches). Un sujet peut flirter avec un toxique, faire un aller retour dans ce monde, sans pour autant être entraîné par le flux central. Un autre peut être pris par un des courants centraux et être entraîné mais il peut parvenir à s'en dégager et à éviter la chute. Le troisième par contre est saisi par le courant central et entraîné à la chute. Nous avons là les trois types possible de rencontre avec le toxique. Quel est le déterminant de leur distinction ? Comme nous sommes dans un espace complexe multidimensionnel, il est vain de chercher un facteur déterminant, ce qui est

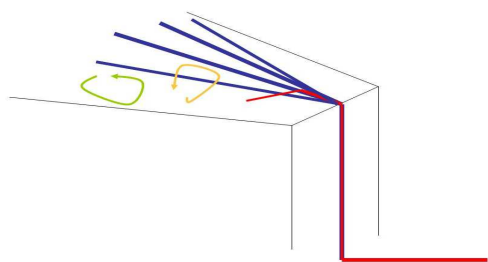


Figure 2 – Les différentes trajectoires potentielles dans l'expérience toxicomaniaque.

parfois possible (par exemple, le crack est clairement un toxique abrasant immédiatement toute volonté). Il est plus réaliste de raisonner en termes de seuils. Quels sont les caractéristiques des seuils dont le franchissement entraîne le sujet dans le lit central de la chute ?

Les seuils de la chute

Reprenons les quatre dimensions. Si l'on prend la dimension de l'objet, il est incontestable qu'un facteur quantitatif joue un rôle important. Si l'on prend beaucoup d'un toxique, au-delà de certains seuils, l'addiction est évidemment facilitée. La plan qualitatif joue également, certains produits sont plus addictifs que d'autres, (Nicotine, Crack, Fortnite...). La seconde dimension de la physiologie est liée à la première. Il existe des susceptibilités individuelles avec un abaissement du seuil de réactivité et un risque addictif accru. Certains types d'alcoolisme et d'addiction aux anti douleurs (dérivés morphiniques) s'expliquent ainsi. La dimension sociale montre aussi des seuils de tolérance variable (le troisième verre, l'heure du premier verre...). Les interdits liés aux habitus sociaux définissent ainsi des seuils de tolérance, donc des transgressions potentielles. Mais c'est la quatrième dimension psychique qui la plus importante.

Certains sujets flirtent parfois de façon poussée avec une expérience toxicomaniaque sans pour autant développer une addiction. Ils font un retour. Ils sortent d'eux même du fleuve pour reprendre notre méta-

phore, où si, ils y sont entraînés, une aide externe leur permet relativement aisément de sortir de l'expérience. Ils se heurtent certes à la dépendance physiologique mais sont capable de supporter le déplaisir du manque et d'abandonner le toxique pour un gain de plaisir ultérieur hors toxique.

D'autres sujets par contre franchissent le dernier seuil. Le courant central entraîne le sujet de l'autre côté de la cataracte et qui entraîne une chute souvent irréversible. Ce franchissement de seuil est un effet de structure, structure psychique de type pervers, selon l'acceptation psychanalytique du terme. Elle est liée à la recherche de jouissance par l'objet toxicomaniaque qui se substitue à la construction et au maintien de la relation d'objet humaine, et enferme le sujet dans une répétition mortifère à un objet total. Enfin, certaines conduites toxicomaniaques extrêmes s'inscrivent dans des pathologies lourdes de type « psychotique ».

Cliniquement, la distinction entre les deux premières formes est relativement aisée par la présence d'une culpabilité à la prise du toxique dans le premier cas. La conduite toxicomaniaque est investie d'une recherche transgressive des interdits, parfois d'originalité. Sur le plan psychanalytique, elle s'inscrit dans la symptomatologie névrotique issue des conflits inconscients de nature œdipienne. Dans le second groupe, c'est l'organisation perverse, parfois psychopathique qui domine, avec un clivage du moi. Elle est une régression à une forme primitive de plaisir, absolu, et remplaçant toutes les autres. Conduite régressive à l'oralité, le toxicomane réduit la libido à la satisfaction d'une pulsion partielle, qui peut être variable, orale la plupart du temps, mais aussi recherche de la maîtrise du corps, du hasard, de la mise en jeu de sa vie.

Pratiques

L'identification de ces différents types de personnalité impliqués dans l'addiction est une nécessité avant toute mise en œuvre d'une pratique d'aide. Cette identification est difficile car les signes appelant vers tel ou tel type sont parfois opaques, mélangés, peu discernables et il existe jamais de type pur, sauf peut être pour les organisations clairement psychotiques. L'identification pilote ensuite les approches thérapeu-

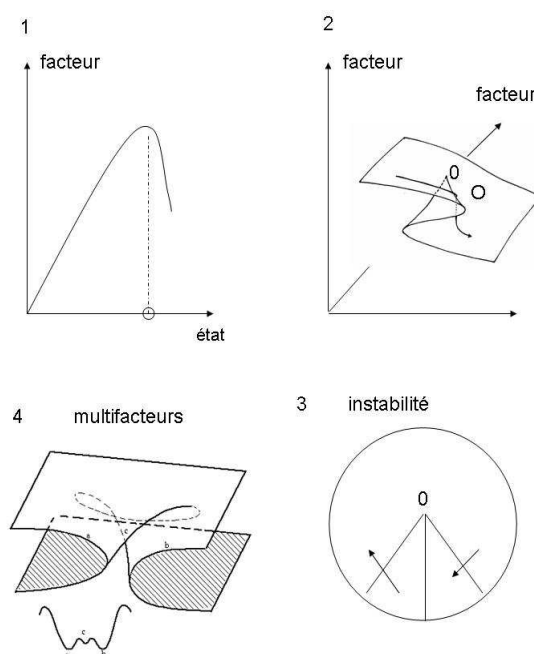


Figure 3 – Les différents types de seuils critiques selon le nombre de facteurs impliqués. En 1, une seule dimension, il existe un point critique, en 2, deux dimensions, il existe une surface critique avec une zone d'indétermination (3), en 4, on a représenté l'ensemble complexe de bifurcations dans un situation multifactorielle.

tiques, et en particulier l'instauration ou non d'une psychothérapie et son type, analytique ou cognitivo-comportementaliste. Il est clair que les organisations perverses, dans lesquelles un sujet cherche à se débarrasser de son addiction devenue problématique pour lui, non par jugement moral ou par culpabilité, mais simplement par gêne sociale, financière, a plus de chance d'être aidé par une approche comportementaliste que psychanalytique, qu'il refusera de toutes les façons. Rappelons que dans les cas de jeunes toxicomanes, la prise en compte des dimensions systémiques de la famille est impérative. Très souvent, la conduite toxicomaniaque de l'adolescent est liée au rejet inconscient des deux parents qui se renvoient leur enfant comme un projectile dans leur propre conflit.

Le travail de la pensée

Nous voudrions ici apporter un élément qui peut être utile, celui du gain de plaisir à la pensée et son utilisation psychothérapeutique. En psychanalyse, le modèle théorique proposé comme explication de la conduite toxicomaniaque se réfère à une faiblesse constitutionnelle du moi. Le moi du toxicomane n'aurait pas la force de supporter la souffrance d'une dépression et aurait recours à des mécanismes maniaques destinés à la contrecarrer. L'expérience toxicomaniaque (par exemple l'ivresse) viendrait empêcher la souffrance dépressive. Mais la réaction maniaque ne peut se réaliser qu'à l'aide de toxiques, justement parce que le moi est trop faible pour réagir lui-même avec ses propres forces. Une autre approche

concerne la faiblesse de la constitution narcissique du toxicomane. Toutes ces approches sont adéquates, parfois circulaires dans leur argumentaire. Mais on peut aussi réfléchir de façon différente.

Phénoménologiquement, la conduite toxicomaniaque cherche à éviter le désagrément de la réalité par une modification de l'état de conscience. Modification qui peut être variable et peut aller de l'hallucination des psychotropes à l'ivresse alcoolique en passant par l'excitation cocaïnomanie ou l'immersion dans les mondes virtuels. Or, que se passe-t-il dans le développement de la pensée ? Prenons un modèle générique tel celui proposé par Jacques Hochmann. Il s'agit d'un modèle dynamique à deux paramètres de contrôle. Le premier paramètre est la tolérance à la frustration et correspond à l'attente de l'objet désiré. Le deuxième paramètre est la conscience de l'absence de l'objet. Les deux paramètres contrôlent la génération des processus de pensée au travers d'une rétroaction fondamentale entre la tolérance à la frustration et l'élaboration de la pensée.

Ce modèle suppose que l'enfant vient au monde avec une organisation innée, sous la forme d'un ensemble de programmes moteurs préformés, codés génétiquement pour la réalisation de comportements vitaux. Dès la naissance, un écart se constitue entre la préconception de ces comportements et la réalisation effective. Cet écart est dû au fait que l'état d'activation du programme moteur est entretenu par la pulsion qui présente un caractère continu. Par contre, l'objet visé par le programme moteur est discontinu. Il peut être absent ou présent. La réalisation du programme moteur est donc toujours défectueuse par rapport au projet quelque que soit la situation réelle de l'enfant dans son environnement : un trop de sollicitude maternelle par exemple peut être clairement toxique pour l'enfant.

Entre la préconception et sa réalisation s'interposent alors des sensations d'efforts liées à la résistance musculaire (la kinesthésie) et à la résistance des objets extérieurs du fait de leurs propriétés physiques (poids, masse, impénétrabilité). Cet écart génère un sentiment d'existence par la différenciation entre le soi et le non soi. Il devient alors source de déplaisir. Par exemple, l'enfant a besoin d'un objet réel vital, (le sein...) pour ses besoins physiologiques. L'objet est

manquant ou décevant, insuffisant. L'enfant hallucine alors l'objet, se le représente mentalement et vit une expérience de satisfaction à la mentalisation de l'objet. L'hallucination mentale, c'est-à-dire le début de la pensée est une source de satisfaction. Cependant, dans les situations de vie normale, l'hallucination de la satisfaction reste décevante. Elle ne permet pas de contrecarrer le déplaisir car le manque de l'objet persiste et se répète. Elle doit donc être inhibée. L'enfant doit découvrir d'autres moyens pour réduire l'écart. Il s'en suit une orientation vers l'action et la transformation du monde extérieur. L'enfant doit investir ses premiers actes volontaires d'une quantité suffisante de plaisir pour en dégager une valeur d'échange, en particulier dans l'éducation sphinctérienne. Si il y a échec du plaisir à la maîtrise pulsionnelle, il peut y avoir une propension ultérieure au passage à l'acte comme la chute toxicomaniaque. Le passage à l'acte devient alors une défense contre l'angoisse.

La satisfaction obtenue par l'action n'est jamais non plus totale. L'objet trouvé n'est jamais l'équivalent de l'objet préconçu et son appropriation est toujours source d'efforts, donc de déplaisir. Pour éviter ce déplaisir, l'enfant doit inhiber la sensation de désir et donc refouler la pulsion. Ce processus aboutit alors aux multiples déplacements de la pulsion. Il peut s'en suivre une inhibition de la motricité et une recherche fantasmatique de satisfaction, avec un détournement de la réalité. Mais il peut aussi s'en suivre l'investissement de la pensée comme source spécifique de plaisir. Dans l'écart entre préconception et réalisation, il existe une activité de représentation et celle-ci est source de plaisir.

Dans la toxicomanie, le modèle est renversé, l'objet devient dans un premier temps la source d'une satisfaction totale. La jouissance toxicomaniaque détruit la nécessité de la recherche par la pensée d'un substitut à l'objet décevant. L'objet toxicomaniaque devient le substitut de la réalité et entrave toute pensée qui ne serait pas orientée sur les retrouvailles avec cet objet. La littérature, romans et récits d'expériences, sur la toxicomanie relate en abondance la réduction du champ vital du sujet toxicomane à son toxique. Il convient ici de distinguer les expériences de toxiques visant à la création ou à l'exploration psychique, telles qu'elles ont été menées par des auteurs comme Henri

Michaux. Il ne s'agit pas là de toxicomanies au sens usuel du terme. Mais le lune de miel de la rencontre entre le sujet toxicomane et son toxique ne dure qu'un temps, plus ou moins bref. Des processus physiologiques de dépendance et d'accoutumance viennent déterminer la répétition de conduite et enchaîne le sujet à des boucles infernales de consommation.

Si l'on applique ce modèle à la prise en charge psychothérapeutique des toxicomanes, toute facilitation de l'expérience de pensée, et donc de l'évocation par la libre parole, contribue à développer la possibilité d'une mentalisation nouvelle contrecarrant ainsi la logique de l'addiction. Le sujet est amené par la thérapie à associer, à libérer des processus de libre jeu sur les pensées et ainsi à réanimer une mentalisation. La conduite de la thérapie peut être amenée à éviter le centrage sur le toxique et à parler justement d'autres choses. Mais cette possibilité n'est offerte que si la structure de personnalité s'y prête. Souvent, dans les cas d'addiction avérée, persistante et récidivante, dénuée de toute véritable culpabilité, la conduite du sujet est déterminée par une structure perverse contre laquelle il est vain de lutter par les moyens propres d'une thérapie analytique. Cela ne signifie pas que l'on puisse rien faire pour aider ces sujets à quitter leur addiction mais cela ne peut être que par des approches tangentielles, comportementales, souvent groupales, visant à aider le sujet dans sa lutte contre les ravages de l'excès du toxique mais qui ne peuvent modifier ses déterminants profonds l'ayant poussé dans la toxicomanie.

En tous cas, et nous concluons sur cette remarque, il est certain que les seuils qui séparent la trajectoire d'un sujet flirtant avec un toxique – cas quasi constant – de la chute sont de nature pluridimensionnelle et donc d'une topologie très complexe. L'idée d'un simple point de rupture identifiable par la nature d'un toxique, par l'intensité d'une conduite, et même d'un trait de personnalité semble bien être une illusion. Si l'expérience de la chute est bien constante dans la toxicomanie, l'identification des seuils de dangerosité sont éminemment variables et engagent la complexité de toute situation de vie, tant dans ses aspects constitutionnels qu'événementiels.

Référence

Hochmann J., Jeannerod M., *Esprit*, où es-tu ?, Odile Jacob, 1991.

Michaux H., *Œuvres complètes*, La Pléiade, Trois tomes, 1998.

Pour citer cet article :

Virole B., (2021), « Logiques de l'addiction »
[https ://virole.pagesperso-orange.fr/LogAd.tex](https://virole.pagesperso-orange.fr/LogAd.tex)