

## **D'un transfert à plusieurs Névrose, schizophrénie, « toxicomanie », institutions...**

Didier Robin

(69) Il y a peu, dans un hebdomadaire grand public, le transfert recevait cette définition : « Fait de revivre une situation vécue dans l'enfance, avec le psychanalyste (projeter l'image du père sur son psychanalyste) »<sup>1</sup>. Cette définition du transfert n'est pas fautive. Elle reste même très freudienne, le fondateur de la psychanalyse insistant toujours sur le caractère essentiellement paternel du transfert psychanalytique. Néanmoins, par rapport à ce type de définition, nous voulons insister, ici, sur une dimension essentielle qui est celle du nouage du transfert avec le cadre théorique et technique qui en permet d'abord l'émergence dans le but second d'en produire l'interprétation (ou des interprétations, selon qu'on interprétera le transfert ou dans le transfert). Nous pensons, en effet, que la dimension proprement psychanalytique du transfert repose en grande partie sur les coordonnées du cadre technique dans lequel il se produit.

(70) On se rappellera que Freud n'a pas jugé bon de distinguer radicalement le transfert dans la cure des manifestations générales de l'amour, celles-ci étant elles-mêmes fondées sur des formes de transfert des expériences infantiles. La psychanalyse découvre le transfert, elle ne l'invente pas. Ce que la psychanalyse invente c'est un maniement thérapeutique du transfert, un traitement du et par le transfert.

On connaît le caractère paradoxal que la psychanalyse lui accorde : il

---

1 « Si le psy m'était conté », in *Télé Moustique*, 23 janvier 2002

apparaît d'abord comme une résistance au traitement, mais se présente néanmoins comme une condition sine qua non de la cure, au point que seules les « psycho-névroses de transfert » s'avéreront, pour Freud, analysables.

« D'emblée est reconnu par Freud le caractère dérangeant du transfert, à savoir le surgissement dans l'analyse de l'amour qui se porte (*tragen*) sur l'analyste, jouant un rôle à la fois de révélateur du passé (catalyseur dirait Ferenczi) mais aussi de résistance au récit de ce passé. »<sup>2</sup>

Le transfert est une forme de résistance au récit du passé, mais le dispositif de la cure psychanalytique se présente lui-même comme une forme de résistance aux effets ravageurs de ce transfert : Freud abandonne l'hypnose en contestant l'efficacité thérapeutique de la suggestion, il institue la règle d'abstinence qui produit elle-même des effets paradoxaux. Si elle interdit à l'analyste de répondre aux demandes de son patient, elle provoque aussi, par voie de conséquence, une exacerbation de ces demandes qui constitue le mouvement même du transfert.

### Un transfert « freudien »

Ce que nous voulons pointer, c'est que les conceptions freudiennes du transfert sont indissociables d'un certain nombre de paramètres qui permettent et conditionnent leur émergence. On ne peut donc penser le « transfert » sans tenir compte de ces paramètres qui sont par ailleurs entremêlés et forment un ensemble cohérent. Par « paramètres » du « transfert freudien » nous entendons ici :

- 1) (71) Un moment historique et un espace géographique particulier qui correspondent, schématiquement, aux débuts de l'ébranlement du patriarcat occidental fondé sur le monothéisme judéo-chrétien. Le « transfert freudien » dépend d'une certaine constellation familiale historiquement datable. Cette constellation est, elle-même, dans un rapport d'homologie avec la structure du discours religieux. Pour Freud, le transfert est essentiellement paternel. Or, le « Père » est une figure du monothéisme judéo-chrétien. Si la névrose c'est la recherche infinie de l'amour du Père et le refus de sa castration, elle suppose donc une certaine croyance en un au-delà (que devient d'ailleurs la névrose quand la culture ne soutient plus cette croyance ?).
- 2) Un sous-groupe social. Les patients de Freud ne sont en effet pas n'importe qui. Ils appartiennent en termes socio-économiques, mais aussi socioculturels, aux classes supérieures de la société. Freud les reçoit six fois par semaine pendant une heure. Pour être analysé par lui, il faut donc du temps et de l'argent, de l'intelligence et de l'éducation. On voit bien que les coordonnées socio-économiques du traitement psychanalytique ne sont pas sans influence sur la nature même du transfert qui s'y manifeste. Elles entretiennent donc un rapport de cohérence avec la mise en place d'un certain cadre technique.
- 3) Un sous-groupe clinique. La patientèle de Freud ne recouvre pas tout le

---

<sup>2</sup> E. Porge, « Le transfert », in *L'apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, P. Kaufmann et Coll, Paris, Bordas, 1993.

spectre des pathologies mentales. Il traite des patients qui peuvent se suffire d'une forme de traitement ambulatoire. Il s'agit aussi de patients qui consentent, au moins jusqu'à un certain point, au traitement. Il y a donc, au départ, une demande dans laquelle le patient peut se reconnaître, ce qui est loin d'être le cas dans la plupart des pathologies mentales. La clinique essentielle de Freud est celle de ce que nous appelons aujourd'hui les névroses, ses conceptions du transfert y sont essentiellement référées.

4) Un désir singulier. On ne saurait négliger que l'invention du « transfert freudien » est intimement liée au « choix de la névrose » opéré par son auteur. La psyché de Freud est non seulement une condition de sa théorie, mais elle en est aussi une coordonnée fondamentale.

Il y a, sans doute, encore d'autres paramètres du « transfert freudien », nous ne pourrions prétendre à l'exhaustivité. Arrêtons-nous plutôt sur une (72)certaine perplexité. Quand l'un ou l'autre de ces paramètres vient à changer, que reste-t-il du transfert ?

### **D'un transfert schizophrénique**

À l'opposé des névroses dites « de transfert » se déploient les manifestations pathologiques des « névroses narcissiques », des psychoses.

« Dans les névroses narcissiques, la libido est investie sur le moi et n'est pas mobilisable par la cure analytique. Au contraire, dans les névroses de transfert, la libido, investie sur des objets fantasmatiques, est aisément transférée sur le psychanalyste. »<sup>3</sup>

Pour Freud, il n'y a pas d'ambiguïté. Les psychoses ne sont pas traitables dans le cadre de la cure-type dont le ressort est inséparable d'une certaine conception du transfert. Doit-on continuer à soutenir, pour autant, qu'il n'y a aucune forme de transfert dans la dynamique des psychoses ?

C'est bien une question théoricoclinique fondamentale et il n'y a, in fine, que deux manières d'y répondre : soit on accepte un élargissement du concept de transfert au-delà de ses manifestations et de ses coordonnées névrotiques, soit on le refuse en restant dans l'orthodoxie freudienne. À noter que cette orthodoxie freudienne des caractéristiques fondamentalement névrotiques du transfert nous semble se retrouver dans la conception lacanienne d'une demande adressée à un sujet-supposé-savoir.

Si nous parlons de question théoricoclinique, c'est que nous estimons que théorie et clinique sont inséparables. Ainsi, refuser aux psychoses la disposition au transfert concordera généralement avec un certain pessimisme thérapeutique et une implication limitée du psychanalyste dans la rencontre avec les patients. Par contre, élargir au-delà des névroses la conceptualisation du transfert amènera à s'interroger, par exemple, sur les coordonnées d'un transfert schizophrénique (il n'y aurait pas de sens à penser que des patients

---

<sup>3</sup> *Dictionnaire de la psychanalyse*, sous la direction de R. Chemama, Paris, Larousse, 1995, p. 203.

psychotiques transfèrent tout à fait comme des névrosés).

(73)D'emblée, l'hypothèse d'un transfert schizophrénique contient, non seulement, une conception théorique de cette psychose dissociative, mais aussi, une série de réflexions sur les particularités du cadre technique qui en permet l'émergence. C'est toute la logique du développement de la « psychothérapie institutionnelle » dont les paramètres originaux et originels sont, pour la plupart, radicalement différents, voire opposés, à ceux du « transfert freudien ». Reprenons les, de nouveau schématiquement :

1) Un moment historique et un espace géographique particuliers. La psychothérapie institutionnelle trouve ses origines dans les grandes fractures politiques qui marquent la première moitié du Xxe siècle. Elle s'inscrit dans la filiation des différents mouvements de lutte contre l'exclusion sociale et des combats engagés contre le fascisme et le nazisme. C'est à l'hôpital psychiatrique de Saint - Alban que se rencontrent, pendant l'occupation, François Tosquelles, Paul Balvet, André Chaurand, Lucien Bonnafé... leurs réflexions théorique s'appuient autant sur le combat politique que sur la déconstruction de l'aliénation asilaire.

2) Un sous-groupe social. Les patients des grands asiles psychiatriques n'appartiennent généralement pas aux couches supérieures de la société. L'exclusion psychiatrique redouble souvent d'autres formes d'exclusion sociale. La plupart de ces patients n'auraient, de toute façon, pas pu accéder au dispositif de la cure-type qui leur était interdit à la fois économiquement et culturellement.

3) Un sous-groupe clinique. À la différence des patients de Freud, ceux de l'hôpital psychiatrique ne peuvent ni se suffire, ni se supporter d'un traitement individuel ambulatoire. Les manifestations psychotiques ne donnent pas lieu, non plus, à une demande manifeste sur laquelle s'appuie le développement du transfert névrotique. Là, encore, le cadre technique doit être cohérent avec la nature et l'ampleur des troubles et avec le trajet de la demande.

4) Un désir singulier. Ici, il s'agit plutôt de désirs croisés et partagés. En effet, la psychothérapie institutionnelle est, d'emblée, un mouvement collectif qui ne connaît pas un seul père fondateur. Là, encore, cette dimension fondatrice de mouvement collectif n'est pas sans rapport avec le cadre technique lui-même. L'hôpital hiérarchisé deviendra un dispositif résidentiel soutenu par une logique de réseau au sein d'un (74)collectif.

Tous ces paramètres concourent, dès lors, à une conception où transfert et psychose ne sont plus antinomiques. Le transfert reste la réactualisation des expériences infantiles, mais sous une forme différente des transferts névrotiques : « Mais ce qui nous apparaît comme étant le principe fondamental de notre action, c'est la question du transfert et de ses modalités : transfert éclaté, "transfert dissocié"... Tout ceci montre l'impossibilité de prendre en charge psychothérapeutiquement un psychotique si on est seul et s'il n'existe pas un milieu de référence. Cette prise en charge est collective, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit l'affaire d'un "groupe". »<sup>4</sup>

4 J. Oury, « La psychothérapie institutionnelle », in *L'apport freudien, éléments pour*

On voit bien le nouage entre la nature du transfert et le cadre technique qui lui répond.

Ceci peut avoir quelque analogie avec la conception de « l'aménagement » de Winnicott, ou Masud Khan. Mais chez ces auteurs, l'aménagement semble plus orienté vers une organisation de la vie quotidienne en rapport avec des impératifs d'insertion sociale. À défaut d'aménagement, des malades vivent tout seuls dans un appartement ou en fréquentant un pseudo hôpital de jour, avec un seul point de repère : un psychanalyste... Donc pour s'occuper du psychotique, il faut être plusieurs. C'est une équation générale, à partir de laquelle notre travail doit se structurer. Il est nécessaire, en effet, de créer des « espaces » différenciés... À ce sujet, beaucoup de thérapeutes affirment qu'il n'est pas possible de mener à bien une psychothérapie analytique à l'intérieur d'un établissement si le psychothérapeute fait partie du collectif... C'est confondre topographie et topologie, imaginaire et symbolique, neutralité « objective » et véritable neutralité (souvent « active »), etc.

François Tosquelles, lors du Congrès international de Psychothérapie, à Barcelone, en septembre 1958, soulignait que « l'erreur la plus grave consisterait à établir, dans un centre fermé, une psychothérapie additionnelle, venant du dehors, non intégrée à la vie de l'hôpital. Cela (l'intégration du psychothérapeute dans la vie de l'hôpital) est parfaitement viable pour les schizophrènes, la cohésion du sens du monde vécu concrètement étant indispensable à (75) la reconquête de la cohésion intérieure. Nous considérons beaucoup de catastrophes de la psychothérapie des schizophrènes traités individuellement comme secondaires à cette erreur technique, qui par ailleurs, rend le médecin, s'il fait son devoir, esclave de son malade (...) C'est une prise de position sur laquelle on doit être absolument intransigeant. Avec certains cas qui ont échappé à cette règle, on a pu constater des difficultés, des impasses, et quelquefois des accidents tragiques. »<sup>5</sup>

Cette longue citation fait bien ressortir l'entrelacement entre des positions théoriques et des dispositifs techniques. Les points de vue de Jean Oury soulèvent par ailleurs de nombreux débats que nous serions bien incapables d'exposer ici. Nous avons surtout voulu montrer, par cette opposition extrême entre transfert « freudien », névrotique et transfert éclaté, schizophrénique, entre le cadre technique de la cure-type et celui de la psychothérapie institutionnelle... que la conceptualisation du transfert ne peut échapper à celle des paramètres qui la conditionnent. Nous pensons même que c'est ce repérage qui permet d'élargir l'intérêt heuristique et clinique du concept de transfert à d'autres champs que celui des névroses.

Notons, pour rester dans notre exemple de la psychothérapie institutionnelle, que l'élargissement opéré du concept de transfert oblige les thérapeutes à considérer différemment leur implication dans la relation. Il est, souvent, plus facile de se concevoir engagé dans le mouvement d'un transfert névrotique que d'accepter les conséquences de la prise dans un transfert

---

*une encyclopédie de la psychanalyse*, op. cit..

5 Ibidem.

dissocié qui signe que personne n'échappe, tout à fait, à la psychose : « On ne peut pas travailler avec les psychotiques si on ne met pas en question ses propres potentialités psychotiques. Et c'est vrai depuis le médecin-chef jusqu'à la femme de ménage. »<sup>6</sup>

Cette ouverture amène Jean Oury à produire une définition du transfert extrêmement intéressante : « De façon un peu aphoristique, on peut dire que le transfert est la mise en question pour chacun du désir d'être là, dans ce qu'il fait. »<sup>7</sup>

(76) Dans la suite du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, nous pensons que le pari de la psychanalyse en institution doit alors être reprecisé. Il ne peut s'agir, simplement, de pratiquer la psychanalyse *dans* l'institution en aménageant des espaces-temps prévus à cet effet, en installant, par exemple, quelques divans à l'écart du tourbillon de la vie communautaire. Il faut plutôt réussir à penser et à pratiquer la psychanalyse *avec* l'institution en construisant un dispositif qui permet un repérage minimal des transferts sur et dans l'institution. C'est pour nous tout le sens de la formule de Bernard Penot quand il évoque les « psychanalyses à plusieurs »<sup>8</sup>.

### **Y a-t-il un transfert « toxicomaniaque » ?**

Cette question nous concerne directement puisque c'est celle de notre clinique quotidienne<sup>9</sup>.

Concernant ce type de pathologies, il nous semble logique de reprendre le cheminement que nous avons suivi pour le « transfert freudien » puis pour le « transfert schizophrénique ». Il est, alors, nécessaire de commencer par une réflexion sur l'entité nosographique elle-même. Nous rencontrons, déjà à ce niveau, plusieurs difficultés. La première concerne la dénomination du trouble. Nous avons eu l'occasion, dans d'autres articles<sup>10</sup>, d'exposer à quel point l'appellation même de « toxicomanie » nous paraissait très peu pertinente pour penser notre clinique. En effet, la « toxicomanie » ne définit la drogue que comme toxique, c'est-à-dire, uniquement comme poison. Or, il s'avère que presque toutes les drogues ont connu, ou connaissent encore, un usage médicamenteux. Les drogues sont des remèdes et sont utilisées comme tel par

---

6 Ibidem.

7 Ibidem.

8 B. Penot, *La passion du sujet freudien. Entre pulsionnalité et signifiante*, Ramonville Saint-Agne, Eres, 2001.

9 Je suis directeur thérapeutique du CATS, Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch, communauté thérapeutique pour personnes souffrant d'une assuétude.

10 D. Robin, « Interdire le bonheur ? Propos sur la légalisation des stupéfiants », Bruxelles, *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, vol. 6, n° 1, mars 2001. « Santé mentale et toxicomanie, l'insoutenable fidélité du "pharmakomane" », Bruxelles, *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17, 2001/2, De Boeck Université.

les patients eux-mêmes. Les conduites dites « toxicomaniaques » sont, en fait, des pratiques d'automédication, sans doute à quelque titre paradoxales, (77) qui utilisent les drogues pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des analgésiques, des anxiolytiques, des antidépresseurs, des antipsychotiques... Ce n'est, dès lors, pas le « toxikon » qui peut les définir (le pur poison), mais le « pharmakon » qui, pour les grecs anciens, représentait, à la fois, le remède et le poison. Les patients « toxicomanes » recherchent, à la fois, l'un et l'autre. C'est ce qui nous a amené à les qualifier de « pharmakomanes », d'acharnés du traitement qui soulage et qui empoisonne.

Notre première opération consistera, donc, à abandonner le vocable « toxicomanie » au profit du néologisme que nous avons formé : « pharmakomanie ».

Mais, ceci étant fait, nous nous retrouvons confrontés à une deuxième difficulté : la pharmakomanie peut-elle être considérée comme une structure de personnalité isolable au même titre que les névroses ou les psychoses ?

Nous partirons d'une double constatation clinique :

– Il existe, pour traiter les pharmakomanies, des institutions spécialisées. Nous ne pensons pas que cela ressorte, uniquement, d'un montage social qui correspondrait à une stigmatisation contextuelle. En effet, ces institutions constituent des cadres techniques très particuliers qui ont pour effets de répondre aux difficultés que rencontrent les dispositifs plus généralistes de la santé mentale dans l'abord des assuétudes. Ces cadres techniques spécifiques produisent, en premier lieu, un apaisement de l'emballage pharmakomaniaque. Ils permettent aux patients de retrouver contenance tout en diminuant, ou même en arrêtant, les prises de drogues.

– Une fois l'apaisement produit, la contenance retrouvée, il nous semble que ces patients constituent une population diversifiée dans laquelle on repèrera des névroses, des psychoses, des perversions et certains diagnostics problématiques ou « limites »... Il nous semble qu'on ne peut retrouver une unité structurelle des personnalités des pharmakomanes sans se livrer à un forçage théoricoclinique.

Ces deux constatations peuvent sembler contradictoires, mais elles nous paraissent incontournables. Cette contradiction n'est-elle pas qu'apparente ? Comment s'y retrouver ?

En premier lieu, il faut rappeler que les pharmakomanies représentent un (78) ensemble de troubles se rapportant à une conduite, par ailleurs, normale, celle de la consommation de drogues. Celle-ci est un universel anthropologique. Toute culture humaine est aussi culture d'une ou de plusieurs drogues. L'usage de drogues est donc une dimension essentielle de la vie humaine et nous concerne tous, quelle que soit par ailleurs la structure de notre personnalité. Il est ainsi des manifestations de l'existence qui traversent la nosographie telles que l'amour et les passions, le deuil et l'expérience de la mort. Ces références ne sont pas innocentes, la passion et le deuil entretiennent, en effet, des relations privilégiées avec les pharmakomanies. Nous y reviendrons.

Nous nous orientons, donc, vers l'idée que, comme les usages de drogues en général, les pharmakomanies ne sont pas l'apanage d'une structure de personnalité donnée. Par contre, nous croyons pouvoir identifier un certain nombre de mécanismes auxquels on pourrait, peut-être, donner un statut métapsychologique.

Nous pensons pouvoir résumer cela dans une formule : les conduites pharmakomaniaques commencent là où les effets régulateurs du symptôme s'arrêtent. Autrement dit, la pharmakomanie vient traiter une jouissance qui résiste au compromis symptomatique. Ou encore, la perte de contrôle d'un usage de drogues correspond toujours à un déficit des processus de symbolisation.

### **Pharmakomanie et traitement de la jouissance**

La pharmakomanie commence là où cesse l'emprise du symptôme sur la jouissance.

Pour commencer à déplier cette formule, nous soutiendrons que les conduites pharmakomaniaques ne constituent pas un symptôme au sens psychanalytique du terme.

Nous travaillons dans une communauté thérapeutique qui accueille des patients pharmakomanes sevrés physiquement. Ils viennent suivre un programme de traitement résidentiel assez long (entre cinq mois et plus de deux ans), programme basé sur l'expérience de l'abstinence, mises à part, parfois, quelques prescriptions médicamenteuses (antidépresseurs et neuroleptiques).

(79) Ces patients qui ont abusé, quasi quotidiennement, de plusieurs drogues pendant de nombreuses années ne rencontrent pas de difficulté majeure à vivre cette abstinence tant qu'ils restent contenus par le cadre institutionnel. C'est un phénomène curieux, peut-être propre aux assuétudes (avec ou sans produit, on pense par extension à l'anorexie), que l'on puisse baser un traitement sur l'engagement à s'abstenir d'un symptôme. Imaginez conditionner pour un patient psychotique l'entrée dans une communauté thérapeutique par l'engagement à ne pas délirer, ou pour un patient obsessionnel, celui d'abandonner ses obsessions !

Le phénomène est d'autant plus curieux que ça marche très bien, en tout cas pour ce qu'il en est de produire de l'abstinence, quant à produire de la guérison, c'est en effet une autre histoire.

Cela signe, pour nous, le caractère particulier du symptôme pharmakomaniaque qui est, justement, de ne pas en être un ! Symptôme psychiatrique, peut-être, mais pas, d'emblée, symptôme psychanalytique. Au contraire, si le séjour institutionnel se substitue si facilement aux prises de drogues et aux modes de vie qui les accompagnent, c'est qu'ils sont de la même nature. Les conduites pharmakomaniaques se constituent, par essence, comme des modes de traitement d'un désordre qui leur est antérieur. On nous rétorquera que, pour un psychanalyste, le symptôme est toujours le résultat

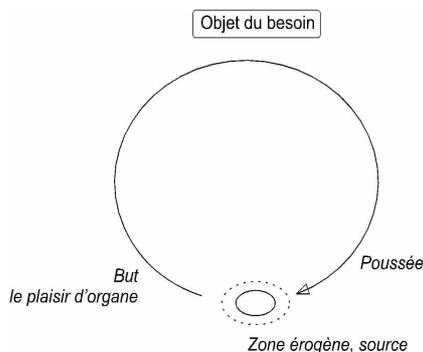
d'un compromis qui contient, en lui-même, une dimension de remède. Dans la névrose, si le désir infantile reste interdit, le symptôme en assure un accomplissement partiel. L'agir pervers acte et conjure l'horreur de la castration maternelle, conjointement reconnue et déniée. Quant au délire, on connaît la fameuse formule de Freud, c'est une tentative de guérison. Partout dans le symptôme il y a du traitement. Mais, dans le cas des conduites pharmakomaniaques, il ne s'agit pas de manifestations étranges qui s'imposent au sujet. Il s'agit de démarches conscientes et dans le cas des drogues illégales, particulièrement actives (trouver l'argent puis le produit, etc. Cela laisse quand même en suspens, pour certains patients, la distinction entre certaines prise de drogues et des agirs pervers...).

Si, donc, les conduites pharmakomaniaques constituent des formes de traitement dont la nécessité mobilise tant la personne, sur quoi opèrent-elles ?

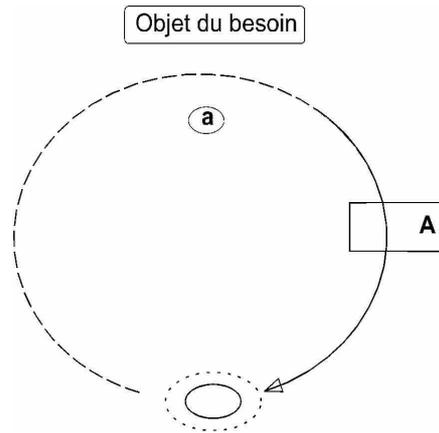
Nous pensons qu'elles viennent traiter la jouissance que le symptôme ne contient pas, contenir étant utilisé ici dans les deux sens de « comprendre en (80)soi » et de « limiter », « maintenir ». Il y a donc une jouissance que le symptôme ne contient pas.

Nous devons ajouter, ici, que, si nous avons beaucoup insisté sur la place de remède, trop souvent oubliée, que la drogue vient occuper, place qui explique sa substitution par d'autres formes de traitement, ce n'est pas pour autant qu'il faudrait négliger la dimension d'empoisonnement que les pharmakomanies comprennent aussi. Nous y voyons même quelques manifestations cliniques de la pulsion de mort (dont le statut théorique reste à préciser...) Il est patent que les patients que l'institution contient le moins sont ceux pour lesquels la valence toxique du pharmakon est la plus forte. Elle contaminera tout processus de cure et aboutira fréquemment à son empoisonnement, voire à sa mise en échec.

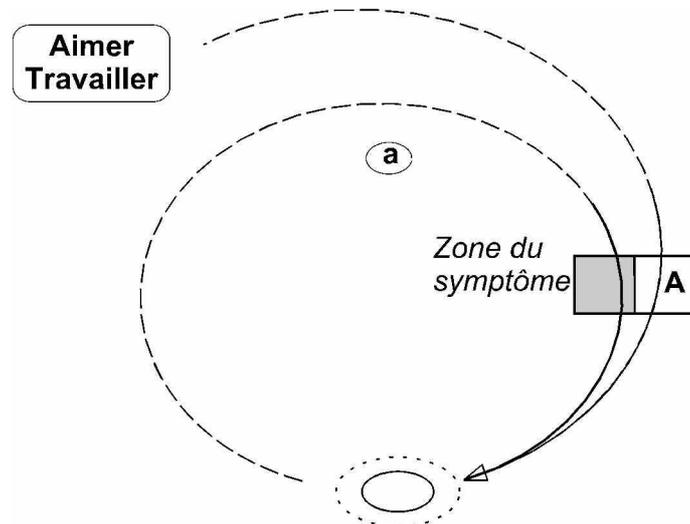
Essayons d'imager les propositions précédentes par une série de schémas auxquels nous ne donnerons qu'une valeur d'explication d'une certaine distribution des jouissances par les trajets de la pulsion



C'est le stade, mythique, de l'autoérotisme. La poussée pulsionnelle s'étaye sur le besoin mais se boucle sur la zone érogène, la source, en produisant la décharge par le plaisir d'organe.



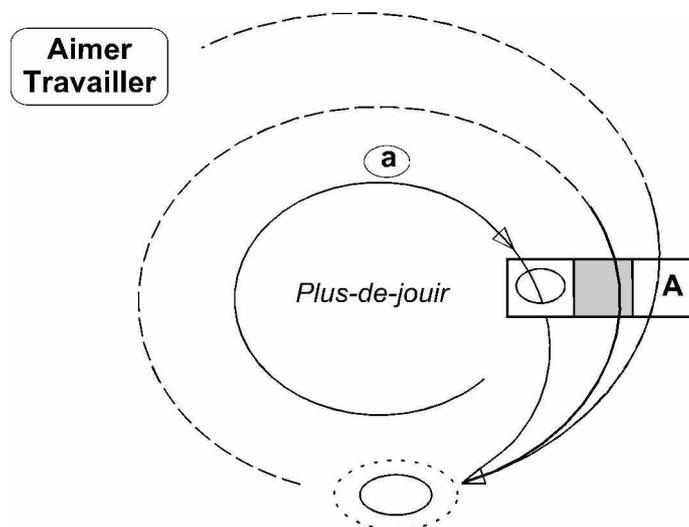
(81) L'expression de la pulsion est captée par l'Autre qui dispose de l'objet du besoin. L'Autre inscrit le trajet de la pulsion dans ses propres chaînes signifiantes, le cri se transforme en demande. La prise de la pulsion dans le langage opère un bornage de la jouissance et correspond à une division du champ de l'Autre dont l'objet a est le reste.



Si le cri devient demande, le passage de la pulsion dans le champ de l'Autre (82) constitue le désir. Nous avons repris la définition que Freud donnait de la santé pour en indiquer l'issue « souhaitable » : « aimer et travailler ». Il y a une autre issue qui correspond, à la fois, à la rencontre avec le langage et aux blocages du mouvement du désir. Cette « zone du symptôme » est « dans » l'Autre dans la mesure où le symptôme n'est pas en dehors du langage, mais, aussi, dans la mesure où le « choix de la névrose » dépend du symptôme de l'Autre. Nous jouons, ici, sur l'ambiguïté de l'Autre comme catégorie logique,

lieu abstrait, et comme personne réelle. Le symptôme de tout un chacun se constitue dans les signifiants donnés par les Autres familiaux, signifiants toujours donnés de manière symptomatique, ou même symptomatogène. Le symptôme, c'est de l'Autre, la marque d'une altérité radicale.

De la même manière, le symptôme est une certaine façon de traiter la jouissance, de s'en accommoder tout en la déchargeant partiellement.



Il y a encore un autre trajet possible pour la pulsion, trajet « limite » puisqu'il ne s'inscrit pas dans les signifiants de l'Autre. Nous pensons, en effet, que toutes les pulsions, ou plutôt, que tout des pulsions ne s'inscrit pas dans le langage, ne peut être nommé d'aucune façon par les Autres primordiaux. Cette part de la pulsion ne peut se décharger que dans l'agir brut tant qu'elle n'aura pas pu trouver une inscription psychique qui suppose d'être lestée par (83) le signifiant. Et, si le sujet résiste ou ne consent pas à la brutalité de la décharge par l'agir hors-langage, il est lui-même envahi par la jouissance se manifestant sous la forme d'un « plus-de-jouir » insupportable. Celui-ci n'est même pas vraiment un affect si on entend par là un sentiment, ce qui suppose que des mots existent pour le nommer. Ce « plus-de-jouir » insupportable correspond plutôt à des sensations indéfinissables que le sujet doit fuir.

C'est ici qu'intervient la pharmacomanie en proposant le traitement de ces sensations douloureuses ressenties comme dangereuses. La drogue ou l'agir s'offrent comme la seule alternative à l'impossibilité d'une prise de la pulsion dans le langage qui en contiendrait la jouissance. Si cette prise dans le langage s'avère impossible, au moins provisoirement, c'est qu'il n'y a pas eu, dans l'Autre, de signifiants proposés pour une telle inscription.

Ce ne sont, évidemment, pas les mots eux-mêmes qui manquent. Les pharmacomanes ne manquent pas plus que les autres de vocabulaire. Ce qui est défaillant, c'est l'opération d'inscription du mouvement pulsionnel dans le langage. Défaut qui rend la jouissance de la vie innommable et insupportable,

le sujet ne pouvant se protéger d'une intensité qui le déborde comme de « l'intérieur ». Comme le remarque Joyce McDougall <sup>11</sup>, l'appel des drogues ne répond pas seulement aux sensations de malaise mais se retrouve, tout autant, dans les moments de bonheur ou de joie intenses. C'est l'intensité même d'un « plus- de-jouir » débordant qui provoque l'appétence pour les drogues.

Aussi, le défaut, ou même plutôt, la limite inévitable d'inscription de la (84)pulsion dans le langage ne correspond pas uniquement à des expériences pathologiques mais renvoie, plus largement, à tous les moments de l'existence où nous devons procéder à un travail d'élaboration psychique pour contenir la jouissance. Nous croyons que les trois trajets pulsionnels représentés sur notre dernier schéma nous concernent tous et toujours, à des degrés divers suivant les moments.

Il y a, par ailleurs, une expérience paradigmatique où l'élaboration psychique suppose un travail considérable pour surmonter le décalage entre l'intensité pulsionnelle et son manque de symbolisation. Cette expérience, c'est celle du deuil. Sans vouloir résumer la complexité des pharmacomanies par la réduction pure et simple à une problématique du deuil, il nous semble, néanmoins, que celle-ci constitue un des axes centraux au cœur de ces phénomènes. Nous nous en tiendrons, aujourd'hui, à celui-là que nous formulerons comme une série de difficultés particulières des processus psychiques de séparation.

### **Le deuil**

La constitution de la psyché résulte de l'inscription dans le langage mais passe, aussi, par des expériences de séparation d'avec les Autres primordiaux. Inscription dans le langage, mais aussi expériences de la séparation, peuvent, seules, permettre que l'on devienne « sujet d'un fantasme » <sup>12</sup>. Le fantasme, dont la formule bien connue s'écrit  $S \diamond a$ , suppose le dégagement conjoint du sujet et de l'objet, l'objet n'apparaissant que comme résultat une perte. Cette perte, rencontrée lors des expériences de séparation, s'accompagne d'un deuil inévitable avec, pour corollaire, la traversée d'un affect spécifique. L'affect spécifique du deuil n'est pas l'angoisse qui correspond au rapport à l'Autre et

11 J. McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », in *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Paris, Petite Bibliothèque de Psychanalyse, PUF, 2001. Joyce McDougall rappelle l'étymologie du terme « addiction » qui vient du latin « addictus » qui se réfère à une coutume ancienne par laquelle un individu était donné en esclavage..., ajoutons, en contrepartie d'une dette impayée. Cette étymologie nous semble se prêter particulièrement bien à une relecture lacanienne. Celui qui se révèle être esclave est abandonné, livré à la jouissance d'un Autre, comme Maître, en compensation d'une dette impayée. Cette dette correspondrait à la part de jouissance qui devait être soustraite par l'opération de séparation contenue dans les processus de symbolisation. À défaut d'y consentir, il en résulte l'envahissement par la jouissance d'une figure du Maître (série dans laquelle on pourra retrouver : la mère, la drogue, la mort, le policier, le juge, voire le thérapeute s'il n'y prend pas garde...).

12 B. Penot, *La passion du sujet freudien*, op. cit.

qui organisera le symptôme. L'affect spécifique du deuil, c'est la douleur <sup>13</sup>.

(85)Ce qui nous confronte au deuil, ce n'est pas la castration comme manque symbolique d'un objet imaginaire. C'est la rencontre d'une perte correspondant à un « trou dans le réel ». « Trou dans le réel » que le symbolique ne comblera jamais tout à fait, mais qui doit mobiliser un déploiement des signifiants, un processus d'élaboration psychique qu'on appellera « travail du deuil ». Il n'en reste pas moins que le deuil représente une perte radicale, non seulement, d'un objet, mais aussi et surtout d'une partie du corps propre, la « livre de chair » qui amène Lacan à situer cette perte au niveau de l'être. Nous nous référons ici à l'élaboration que Lacan propose du deuil dans « Le désir et son interprétation » et que Jean Allouch résume ainsi : « C'est un deuil essentiel, le deuil du phallus, qui constitue l'objet dans le désir » <sup>14</sup>.

Nous pensons que c'est du même registre que ce que Collette Soler <sup>15</sup> repère comme soustraction d'une jouissance qui doit intervenir lors des relations primordiales pour dégager l'enfant de n'être que l'objet de la jouissance d'un Autre. Cette perte n'est donc pas rencontrée uniquement par l'enfant, comme sujet « émergent » et phallus potentiel, elle doit être, avant tout sans doute, acceptée par l'Autre qui en a la charge. Cet Autre qui consent à une perte de lui-même en perdant, en la personne de l'enfant, un objet dont il pouvait croire qu'il lui appartenait, c'est-à-dire, croire qu'il en avait la jouissance comme d'une partie de son propre corps. Nous pensons que c'est l'impossibilité de cette perte qui se retrouve dans les pharmakomanies. L'impossibilité de se séparer de la drogue ne venant que répéter, que rejouer, un deuil restant en suspens. C'est, d'ailleurs, la douleur qui constituera ici l'affect central. La douleur comme expression majeure d'un « plus-de-jouir », comme témoignage d'une soustraction de jouissance qui n'a été consentie ni par l'Autre ni par le sujet plus ou moins constitué malgré tout. Douleur que la drogue calmera ou viendra rationaliser quand elle manquera. Douleur que l'on retrouvera dans le vécu des familles des pharmakomanes et que l'on pourra, d'ailleurs, souvent lier à des « transferts » transgénérationnels. La transmission d'un deuil impossible que le pharmakomane dramatise pour y (86)proposer une forme de résolution paradoxale. Le prenant sur lui, il pourrait même essayer de le résoudre en sacrifiant son existence. En effet, il est fréquent que les familles de ces patients expriment que l'éventualité de leur décès s'impose à

---

13 Évoquons, à ce titre, que nous avons été frappés par la référence à la douleur faite par Jean-Pierre Lebrun (lors d'un séminaire). Douleur rencontrée par les sujets postmodernes lors de leur confrontation au registre de la métaphore. Il y a là, en effet, pour eux, comme une effraction du symbolique, comme une violence tardive là où la coupure aurait pu, bien plus tôt, renforcer la constitution subjective.

14 J. Allouch, *Érotique du deuil au temps de la mort sèche*, Paris, E.P.E.L. 1995.

15 Nous devons, ici, remercier Jean-Pierre Lebrun pour nous avoir fait découvrir ce texte dans le cadre d'un de ses séminaires à Namur. C. Soler, *L'enfant et le désir de l'analyste*, Céréda, Découvertes freudiennes, Presses universitaires du Mirail, décembre 97, vol 17.

tous comme un soulagement d'abord inavouable. Vœux qu'on ne retrouve presque jamais, par exemple, dans les familles où c'est la psychose qui mobilise le plus l'attention. Comme si la mort réelle d'un des leurs proposait une issue à l'envahissement par un deuil inaccompli. Comme si seule une mort réelle et dramatique pouvait permettre de relancer un travail d'élaboration psychique resté en jachère.

Le pharmakon, dans son ambiguïté de remède et de poison, joue dans le drame l'alternance de la vie et de la mort. Il suture et révèle en même temps la perte de ce qui vaut comme une partie du corps<sup>16</sup>. Perte qui n'a pu être assumée et que l'on retrouve étrangement dans l'étymologie même du verbe « sevrer » : « Le verbe a eu d'abord la valeur générale de "séparer", spécialement "trancher" (une partie du corps humain). »<sup>17</sup>

### **D'un certain transfert pharmakomaniaque**

Si nous acceptons cette logique de la pharmakomanie, nous pouvons, peut-être, dégager des éléments généraux d'un certain type de transfert.

Le Cats est ce qu'on appelle une communauté thérapeutique, un centre résidentiel ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Il propose donc une prise en charge globale, extrêmement « contenant ». À notre offre de soins correspond une demande qui est, par beaucoup d'aspects, encore plus totalisante : « Acceptez que je vienne vivre "chez" vous, acceptez que mon séjour dans l'institution vienne se substituer à la manière dont j'ai organisé ma vie (87) autour de la prise de drogues ». Autrement dit, le séjour vient se substituer au pharmakon pour combler le trou du deuil inachevé ou même indicible. L'institution se trouve donc convoquée comme remède permanent à l'envahissement de la jouissance non soustraite dont nous parlions tout à l'heure. Il n'y a pas, donc, d'emblée, de transfert en termes d'adresse à un sujet-supposé-savoir, mais plutôt une instrumentalisation vitale du cadre, un appareillage de la jouissance que certains ont qualifié justement de « prothèse »<sup>18</sup>. Nous sommes, alors, pris dans le même évitement paradoxal du deuil que permettait le recours au pharmakon. Ce qui explique que le séjour en lui-même, même s'il produit de l'abstinence, ne résout rien. Sans une mise au travail de cette

---

16 Rappelons que pour Lacan, si c'est à la naissance qu'intervient la première séparation, ce n'est pas tant par rapport à la mère que cela se joue. Le premier « objet » perdu, c'est l'enveloppe placentaire, réellement partie du corps propre, qui s'inscrit comme prototype de l'objet a. Dans le lien à la mère, c'est ce qui se rejouera par rapport au sein ou aux fèces. Par ailleurs, la question des enveloppes corporelles ou du contenant est fondamentale pour comprendre les pharmakomanies. Sur le placenta comme prototype de l'objet a, on se reportera au séminaire de Lacan sur *L'angoisse*.

17 A. Rey, (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1994.

18 À lire par exemple les articles de F. Geberovich et Ph. Lekeuche, in *Le contact*, J.Schotte (éd.), Bruxelles, De Boeck, 1990.

problématique, le patient peut sortir de l'institution sans qu'aucun changement ne soit intervenu.

Pour produire un minimum de processus de séparation, nous avons, notamment, « artificiellement » troué le cadre en ritualisant un grand nombre d'allées et venues entre le dedans et le dehors de l'institution. Mais, au-delà du dispositif technique, nous sommes toujours ramenés à la constatation que ledit processus de séparation suppose un travail d'élaboration psychique des avatars du deuil dont nous sommes nous-mêmes porteurs. Nous ne sommes pas exempts des effets du poison représenté par le refus de la soustraction de jouissance.

Si la communauté thérapeutique est, nécessairement, un *pharmakon* institutionnalisé, son efficacité thérapeutique éventuelle reposera sur la possibilité de dégager un espace pour le déploiement du symptôme. Dès lors, elle deviendra le champ d'autres transferts possibles qui référeront, eux, aux symptômes classiques que la psychanalyse a identifiés. Nous serons, alors, directement renvoyés à une clinique du cas par cas, mais avec un degré de complexité très important puisque les transferts ne se manifesteront pas, nécessairement, là où on les attendrait (c'est-à-dire chez le psychanalyste). Ils s'adresseront diversement à différents membres de l'équipe et de façon parfois violente entre les résidents eux-mêmes.

C'est pourquoi il nous apparaît qu'un psychanalyste, d'autant plus qu'il travaille en institution, doit pouvoir passer d'un transfert à plusieurs transferts. (88) Non seulement d'une conception freudienne du transfert à d'autres, mais aussi d'un transfert localisé à plusieurs qui coexistent. Ce que nous avons appelé, non pas pratiquer la psychanalyse *dans* l'institution, mais plutôt essayer de pratiquer la psychanalyse *avec* l'institution pensée comme cadre technique spécifique.

En conclusion, nous nous voyons contraints de laisser au concept de « transfert pharmakomaniaque » un caractère d'hypothèse de travail qui correspond à la dimension encore hypothétique, elle aussi, de nos conceptions sur les pharmakomanies. Celles-ci ont occupé une place importante au sein de cet article. Il nous semblait impossible de caractériser un « transfert » sans avoir essayé de définir la problématique sous-jacente qui en conditionne l'émergence.

Pointons peut-être, pour terminer, que l'évitement problématique du deuil, entre apaisement immédiat et empoisonnement durable, ne nous semble pas concerner que les pharmakomanes. Il nous paraît bien plus constituer une caractéristique majeure de notre temps postmoderne. La culture du narcissisme<sup>19</sup> est celle d'un évitement anxieux et douloureux de la question de la mort et de la finitude, de la perte qui touche le registre du corps propre. La disparition progressive des rituels funéraires remplacés par la prescription courante d'antidépresseurs en étant, peut-être, un des exemples le plus manifeste.

---

19 C. Lasch, *La culture du narcissisme*, Castelnau-le-Lez, Climats, 2000.