

## Séminaire d'été 2022 : L'Angoisse

Jeudi 25 août 2022

Intervention de **Thierry Roth**

### Où se situe l'angoisse dans la clinique des addictions ?

Je commencerai par émettre un petit regret, celui qui consiste à devoir lire mon texte, écrit en plus il y a plusieurs semaines déjà, pour des raisons bien sûr de traduction. C'est le prix à payer pour permettre le bon déroulement de ce congrès bilingue (cela en vaut donc la peine). Dans la poursuite de ce séminaire d'été sur l'angoisse, je vais tenter de répondre à la question suivante : où se situe l'angoisse dans la clinique des addictions ?

En mai 1970 (dans *L'envers de la psychanalyse*), répondant une nouvelle fois à la critique que certains lui faisaient de négliger les affects, Lacan insiste : « l'angoisse, c'est l'affect central, et c'est celui autour de quoi tout s'ordonne ». Ce n'est pas pour rien qu'il y avait consacré une année entière de son séminaire quelques années auparavant. L'angoisse, qui « n'est pas sans objet » précise Lacan, renvoyant ainsi à la fonction fondamentale de l'*objet a*, l'angoisse donc n'est pas toujours repérable facilement dans la clinique, et pourtant elle est partout, plus ou moins dissimulée, « affect central » donc.

Elle n'est pas très facile à cerner dans l'hystérie, du fait de certains symptômes de conversion, comme Freud le notait très bien. Elle se repère plus aisément dans les injonctions propres à la névrose obsessionnelle même si son objet n'est jamais le bon. D'une manière générale, pour décrire l'angoisse dans les structures névrotiques, nous dirons – très succinctement – qu'elle est liée à l'interrogation concernant le désir de l'Autre. Quel sacrifice avons-nous à faire, ou n'avons-nous pas fait, quelle conduite tenir pour être en conformité avec l'attente du grand Autre. Qu'y a-t-il à renoncer ? Cela nous renvoie à ce fameux concept d'*objet a*, cet objet cause du désir qui échappe toujours et implique ainsi un manque fondamental, central, qui permet la dimension du désir. Si cet objet apparaît dans le champ des représentations, si donc le manque vient à manquer soudainement pour un sujet, surgit l'angoisse. On perçoit bien que la castration est plutôt ce qui préserve de l'angoisse et non ce qui la cause. (Lacan diffère ici quelque peu de Freud).

Dans les psychoses, justement, avec ces patients exclus en quelque sorte de l'accès à la castration symbolique, l'angoisse est différente et encore plus massive, plus directe, puisque l'Autre ici se met carrément à parler, à envahir le sujet, à obstruer tout manque possible. Le sujet ne trouve souvent plus guère de possibilité d'existence. C'est le drame, touchant,

douloureux, et fort difficile à traiter, auquel nous confronte certains patients psychotiques, assaillis, envahis par l'angoisse, avec cet « *objet a* dans la poche », toujours trop présent, comme le rappelait souvent Marcel Czermak.

Mais où va-t-on situer l'angoisse dans la clinique des addictions ? En 1915, Freud avait écrit un article intitulé « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique ». Même s'il finit par retomber à peu près sur ses pieds, il se laissait bien bousculer et interroger par la clinique, en l'occurrence par un cas semblant contredire sa théorisation de la paranoïa. Je dis cela car les grands addicts que l'on rencontre parfois (le plus souvent en centres spécialisés mais pas seulement) me semblent également aller à l'encontre de la théorie, en tout cas de la théorie lacanienne de l'angoisse. Nous allons voir si, comme Freud, nous retombons *in fine* à peu près sur nos pieds ou non ?

Si l'angoisse, comme nous le dit Lacan dans son séminaire de novembre 1962, « c'est quand quelque chose, n'importe quoi, vient apparaître à la place qu'occupe l'objet cause du désir », c'est-à-dire quand la place du manque fondamental est occupée par un objet qui vient le boucher, on se dit alors que le toxicomane chronique devrait être pétri d'angoisse ! S'il y en a bien un qui a trouvé l'objet qui vient combler l'appétit de jouissance et obturer le manque censé permettre le désir, c'est bien le toxicomane. (Je cible ici les addictions sévères et chroniques).

Le toxicomane n'a pas trouvé un ersatz, un objet de consommation parmi d'autres, le truc à la mode, il a trouvé *le* produit qui lui convient, son produit, son objet. Il est intéressant d'ailleurs de repérer dans la clinique une certaine diversité entre les toxicomanes, que l'on pourrait tenter d'expliquer si on avait plus de temps (ce ne sera donc pas pour aujourd'hui) : pour certains c'est l'héroïne mais surtout pas la cocaïne, pour d'autres c'est l'inverse, pour d'autres encore ce sera des hallucinogènes, ou tel ou tel mélange de produits mais pas un autre... Chacun a donc rencontré son objet de jouissance qui vient lui éviter la confrontation avec le manque, avec le désir, avec la castration. Pourtant, malgré cette obturation du manque, on ne trouve guère de trace d'angoisse chez les grands addicts, ce qui semble contredire la théorie lacanienne de l'angoisse. Combien de fois ai-je vu arriver dans mon bureau des patients dont je me demandais comme ils pouvaient être encore en vie et tenir debout, et comment ils allaient même parvenir à rentrer chez eux ? On en voit parfois se délabrer au fil du temps, être atteints de maladies plus ou moins incurables, mais ils reviennent (avec des hauts et des bas) et ils rigolent même parfois de leur côté « trompe la mort ». Ils ne semblent pas angoissés par les conséquences de leurs pratiques, ils sont comme « à côté de l'angoisse », pas concernés ! Où

est donc passée cette angoisse qui, à suivre Lacan, devrait assaillir de tels patients qui ont leur objet qui bouche le trou central (comme on pourrait l'illustrer sur le schéma du nœud borroméen) ?

Certains se rappellent sans doute que Charles Melman avait parlé il y a pas mal d'années des drogues comme de « sexolytiques », car ces produits pouvaient le plus souvent permettre de régler la question du sexe. Je proposerai d'aller encore un peu plus loin, pour tâcher d'expliquer ce dont je parle aujourd'hui. Les drogues peuvent être non seulement des *sexolytiques* mais d'avantage encore ce que j'appellerai des *subjectolytiques* ! Elles peuvent en effet permettre de régler la question du sujet, de la dissoudre (comme l'étymologie de ce néologisme peut le faire entendre). Ce n'est pas seulement la confrontation au sexuel que les drogues permettent souvent d'éviter, mais la confrontation au désir, à la responsabilité subjective, au devoir, à l'Autre... C'est l'existence du sujet qui semble anesthésiée, mise de côté, dissoute – provisoirement au moins. C'est pour cela me semble-t-il que ces patients ne sont même plus angoissés. Il faut être un sujet désirant pour ressentir l'angoisse, qui est liée à la structure du désir comme l'a expliqué Lacan. Voilà donc ce que sont les drogues, dans les cas lourds, sévères, chroniques, ce sont des *subjectolytiques*. Et même si heureusement elles n'ont pas toujours cet effet, j'y reviendrai dans un instant car c'est important, elles en ont le potentiel, elles tendent vers cela.

Mais où est-elle alors passée, cette fameuse angoisse qu'on pensait au départ trouver massivement dans cette clinique mais que ces pseudo-sujets ne ressentent même plus ? Je disais en commençant que l'angoisse, bien que difficilement repérable parfois, était toujours présente dans la clinique. Où se cache-t-elle alors dans ces cas ? Eh bien elle rejaillit chez l'autre, le petit autre, elle est logée du côté de l'entourage (toujours tellement inquiet et à juste titre), et elle se retrouve souvent aussi du côté du thérapeute. Quel médecin, psy ou éducateur n'a pas ressenti parfois, « à la place de son patient » en quelque sorte, une certaine angoisse en constatant la pente infernale dans laquelle l'objet de jouissance entraînait son consommateur accroc, mais sans que celui-ci pourtant ne s'en inquiète ?

Une précision encore : j'ai parlé là des addictions sévères, chroniques. Mais nous voyons aussi beaucoup de patients, souvent jeunes, qui sont d'avantage des addicts occasionnels, je ne dirais pas récréatifs car ce terme d'« usage récréatif » laisserait penser que tout cela serait léger et sans conséquence, ce qui est rarement le cas. Mais parlons donc d'addictions occasionnelles, plus ou moins régulières, avec des proportions et des risques divers selon les cas. Il s'agit plutôt

alors de sujets qui « jouent à se faire peur », qui jouissent à se faire peur, et qui s'offrent des parenthèses pour échapper un temps au poids de leur existence, de leur névrose, de leur dépression, etc. Cela peut avoir lieu dans des moments de fêtes évidemment, mais souvent bien au-delà. Il y a, dans ces expériences visant à obturer le manque mais provisoirement, une tentative de s'échapper pour un temps de sa condition subjective, de se soulager un peu de la douleur d'exister. Dans le même temps il peut y avoir une façon de jouer avec son évanouissement comme sujet et donc de pouvoir jouir de l'angoisse d'une certaine manière. Ce sont ces conduites que l'on appelle parfois ordaliques, fréquentes chez les jeunes. Charles Melman dans ses conclusions du Séminaire d'été 1998 à Bruxelles (sur le séminaire *L'angoisse déjà*), repérait – je cite – « une invitation moderne à jouir de l'angoisse », en pointant que dans son séminaire de 1962 Lacan ne pouvait sans doute pas encore le repérer.

Dans notre économie psychique dominée par la récusation voire la forclusion sociale du Nom-du-Père, par le règne de l'objet positivé qui en résulte, avec un certain écrasement du désir par la jouissance, il n'est pas étonnant de voir de plus en plus de jeunes jouer avec les objets de jouissance, flirter ainsi avec l'addiction et pouvoir jouir parfois de l'angoisse elle-même que l'impact de l'objet entraîne. L'angoisse vient alors leur signifier qu'ils sont allés au bout, qu'ils n'ont pas eu peur, qu'ils ne sont pas restés inhibés ni scotchés à une jouissance phallique pointée volontiers comme dépassée, inégalitaire, compliquée, insuffisante...

Le problème évidemment est que parmi ces jeunes (et ces moins jeunes), un certain nombre va se retrouver de plus en plus accroché, pris, consumé lui-même par l'objet ! Et l'on retrouve alors ces toxicomanes et autres addicts qui ont passé un cap en quelque sorte par rapport à d'autres, et qui ne peuvent même plus avoir accès à l'angoisse, faute d'accès à leur propre subjectivité étouffée par l'objet.

Dans ces cas les plus lourds que pouvons-nous faire cliniquement ? Juste une esquisse en quelques mots, pour conclure cet exposé (ce sont des choses que j'ai développées dans mon livre *Les affranchis. Addictions et clinique contemporaine*). Je dirai d'abord qu'il ne faudrait pas croire qu'un psychanalyste seul suffise à guérir ces patients. Ces toxicomanes, enfermés parfois depuis longtemps dans l'addiction et son cycle infernal, vont devoir aussi être aidés médicalement et socialement le plus souvent. Je m'étonne encore que beaucoup d'analystes, dans les années 1980-90, se soient opposés avec force aux traitements dits de substitution et à la médicalisation de la prise en charge des toxicomanes. Cette opposition nous montre le poids de l'idéologie et des préjugés, qui outrepassent parfois les simples constats cliniques et la réflexion qui devrait en résulter. Car il est évident que pour pouvoir créer un espace de parole

et de transfert avec un patient de ce type, c'est-à-dire pour qu'un analyste puisse éventuellement servir à quelque chose, il faut déjà calmer un peu pour le patient le cercle infernal de la jouissance du produit, de la délinquance, de la prostitution parfois, de la course permanente, de la dé-socialisation, etc... Donc, pour ces cas chroniques, la prise en charge pluridisciplinaire – certes complexe – est bien souvent indispensable.

Si on y parvient, il se peut alors que la mise en parole et en histoire de ce qui se passe – et de ce qui s'est passé – pour le patient, via une relation transférentielle avec un psychanalyste, permette de retrouver une certaine articulation du réel (auquel l'addict forcément s'est cogné) avec le symbolique et l'imaginaire. C'est à une tentative de réanimation subjective quasiment (comme après un traumatisme), de re-subjectivation d'un sujet étouffé jusqu'alors par l'objet de jouissance, à quoi un analyste peut essayer de s'atteler avec son patient. Ceci en tâchant de l'aider à s'ouvrir, au fur et à mesure du soin, à une prise en compte plus sérieuse des lois du langage et à une meilleure articulation des registres du symbolique, du réel et de l'imaginaire. Le parcours est souvent semé d'embûches, et l'angoisse n'est jamais très loin – y compris cette fois et de façon rude pour le patient lui-même.