

## L'ANESTHÉSIE PSYCHIQUE

Une contribution à l'étude psychodynamique  
et psychothérapique de l'addiction à l'alcool  
*Psychomédia, n°22. TPMA.*

Lors d'une précédente recherche (Poupard, 2002) nous avons soutenu qu'une des fonctions des conduites d'alcoolisation était d'induire un état d'anesthésie des éprouvés psychiques. L'ingestion d'une substance psycho-active, le passage par l'agir et par la concrétude d'un objet étaient alors envisagés comme des tentatives de gestion externe de certaines tensions intrapsychiques massives se développant dans des contextes d'absence relationnelle ; ce faisant, ces patients pouvaient faire l'expérience de ne pas être débordés par une tension intrapsychique.

Puis, toujours confrontés à l'émergence d'un désinvestissement affectif de la relation et du dispositif, l'émergence d'un état a-tensionnel, mais aussi à la mise en suspens de l'activité de penser et d'éprouver en situation thérapeutique groupale, nous nous sommes centrés plus particulièrement sur l'émergence, cet état modifié de conscience spécifique que nous pouvions observer chez des patients abstinents dans des groupes de psychodrame.

### L'« état d'anesthésie psychique »

Nous nous sommes alors invités à cheminer autour de la modalité de traitement des affects et des représentations émergeant dans des groupes de psychodrame accueillant des patients addictifs à l'alcool ; recherche en psychologie clinique et psychopathologie inscrite au sein du paradigme psychanalytique qui nous a conduits à proposer la notion d'« état d'anesthésie psychique » et à étudier les mécanismes qui le sous-tendent (conditions de son apparition et de son traitement dans la dynamique de la relation intersubjective et groupale) ; mais aussi, à préciser les spécificités du travail psychothérapique avec des patients addictifs à l'alcool (caractéristiques du transfert, amorçage sensoriel, relance de l'activité de liaison du préconscient, fonctions conteneur auxiliaire et pare-excitatrice/ excitatrice auxiliaire). Travail clinique d'exploration et de recueil de matériel à partir d'un dispositif de psychodrame psychanalytique de groupe, privilégiant la parole et proposant le passage par le jeu comme un des temps du travail psychothérapique, mais aussi interrogeant le transfert qui s'y produit, là même ou plus d'un autre est convoqué dans ses modes de fonctionnement psychiques singuliers.

Au cours de cette recherche, nous avons défini l'état d'anesthésie psychique comme un « état intrapsychique auto et/ou hétéro-provoqué qui trouve son pendant dans l'état induit par l'ingestion de substances psycho-actives ». Cet état se repérant au niveau corporel par une baisse du niveau global d'excitation, une perception de chaleur corporelle et une entrée dans un état de pseudo-endormissement ; au niveau verbal, par une modification quantitative et

---

<sup>1</sup> Docteur en psychologie clinique et psychopathologie, Psychologue clinicien, psychothérapeute, formateur. [gp@poupard.fr](mailto:gp@poupard.fr) / [www.poupard.fr](http://www.poupard.fr)

qualitative des récits ; au niveau psychique, une chute du seuil attentionnel et une excitation intrapsychique.

Ainsi, à partir d'un dispositif de psychodrame psychanalytique de groupe, nous avons pu mettre en relief le fait que les patients addictifs à l'alcool rencontrés produisent des discours et des constructions scénarisées centrés sur le factuel, le concret ou sur des éléments de réalité déjà vécue. Mais aussi, que leur non-engagement relationnel et leur désinvestissement du dispositif caractérisent leur mode d'appréhension singulier de cette situation thérapeutique groupale. De plus, nous avons mis en exergue le fait que l'état de tension interne désagréable qu'ils éprouvaient durant les premiers moments de la séance laissait place à un vécu émotionnel relativement neutre ainsi qu'à une suspension de toute activité de penser ou de tout conflit intrapsychique. Cet état interne a-tensionnel spécifique, nommé « état d'anesthésie psychique », étant favorisé par un certain nombre de mécanismes inducteurs appréhendables au niveau discursif (diminution qualitative de la production idéique, suspension de l'activité associative, réduction des expériences mobilisables, recours à des antinomies, des généralisations, des banalisations, accrochage au factuel et au déjà vécu...), au niveau psychique (allers-retours entre désirs et défenses, attaques des liaisons associatives, clivage, déni, idéalisation...) et au niveau comportemental (ruptures de rythme, retards, absences, désinvestissement relationnel, tendances-refus...).

Ce faisant, nous en sommes venus à soutenir que la mise en suspens partielle de l'activité de penser et d'éprouver barrait temporairement la réactivation du frayage mnémonique et l'accès à l'image de l'objet absent. Par conséquent, les éprouvés psychiques intolérables n'envahissaient plus la psyché des patients addictifs à l'alcool, fusse au prix d'une inertie psychique partielle (anesthésie psychique) vécue comme un moment hypnagogique non créatif. En effet, parce qu'aucune liaison psychique entre l'objet absent et la représentation de l'objet n'est activée, ces patients resteraient dans cet état de pseudo-paralysie, de « flottement sans désir ni affect apparent » où la tolérance de l'attente et de la nouveauté ne se poserait plus.

### **Le « mécanisme d'anesthésis »**

Le constat du passage, plus ou moins rapide, entre un état de tension interne et l'état d'anesthésie psychique nous a ensuite conduit à questionner les stratégies psychiques mises en œuvre par ces patients. Nous envisageons de dégager puis d'étudier le mécanisme de défense sous-tendant l'état d'anesthésie psychique, afin d'en préciser les caractéristiques intrinsèques et les conditions de sa survenue. En particulier, nous souhaitons nous attacher à préciser les types d'angoisses qui mobilisaient les patients que nous recevions, afin d'ouvrir plusieurs pistes d'analyse et de questionnement.

Ce travail de recherche nous conduit à avancer que ce que nous avons nommé « mécanisme d'anesthésis » consiste en la mise en suspens des liaisons entre des représentations et des affects, et entre des représentations entre elles. Il se caractérise par une inactivation du frayage mnémonique en dépit de sa réalisation et par un état de l'énergie psychique que nous qualifions de « *dyslié* » et sous le primat d'*hypnos* (Poupard, à paraître). Stratégie de régulation des éprouvés psychiques face à l'inefficience du refoulement, il est une tentative de solution que nous relierons à la persistance d'un conflit entre le moi et la réalité du fait d'un dysfonctionnement de l'activité de liaison du préconscient et de l'activité pare-excitatrice /excitatrice du moi. Ce conflit donne lieu à l'émergence d'angoisses archaïques de viduité ou

de surtension face auxquelles les patients addictifs à l'alcool tentent répétitivement de se défendre.

Ainsi, l'*anesthésis*, comme défense des patients addictifs à l'alcool contre l'émergence de pensées et d'affects intolérables, permet une insensibilité à la souffrance psychique par un démenti de la réalité et un triomphe du narcissisme (De Mijolla, Shentoub, 1973, 47-50), là même où des traces d'expériences sensori-affectives – non prises dans un travail d'inscription et de transformation psychique – ont laissé le sujet en proie à des angoisses intolérables. Seule la mise en suspens de l'activité de penser et d'éprouver peut être proposée comme substitut de la fonction de constance du Moi et comme tentative ultime de résistance face à un débordement pulsionnel potentiel. Le sujet se trouve cependant condamné à errer dans l'espace mince et fragile qui sépare le risque de débordement (par émergence de processus primaires) du risque d'assèchement (par excès de processus secondaires). Sous tendant l'état d'anesthésie psychique, nous avons avancé que le mécanisme d'*anesthésis* était repérable dans la suspension de la libre association, mais aussi dans l'altération de la mobilité, de la variété et de la richesse de la chaîne associative individuelle et groupale.

### **Aléas dans la constitution d'un objet interne**

Ces propositions rejoignent l'hypothèse chez les patients addictifs d'avatars du développement des relations d'objets, d'aléas du processus d'introjection et de faible stabilité de l'objet interne avancées par Mc Dougall (1978), Gutton (1984) et Jeammet (1994-1995). Celui-ci ayant alors recours à certaines stratégies défensives spécifiques afin de lutter contre les angoisses archaïques massives qui le submergent ; position soutenue par certains auteurs indiquant qu'il « devient alors évident que l'addiction, c'est-à-dire la transformation d'un comportement de consommation d'un produit plaisant et/ou stimulant et/ou calmant en une dépendance et un mode de résolution des difficultés internes et externes, est à mettre en relation avec ce qui conditionne cette défaillance de la constitution de l'objet » (Pardinielli, Rouan, Bertagne, 1997, 59).

Cependant, nous avons alors souhaité dégager la fonction d'étayage du processus d'élaboration psychique que le mécanisme d'*anesthésis* et l'état d'anesthésie psychique rendaient paradoxalement possible. En effet, nous avons proposé que l'accrochage à la réalité et au factuel sont à la fois une stratégie d'évitement de la tension corrélative à l'imprévu, mais aussi une stratégie d'étayage du processus d'élaboration psychique. Car, en s'appuyant sur des éléments de réalité vécue, ces patients pourraient « pré-jouer » et « pré-penser » mentalement un scénario, et ainsi, « s'auto-protéger par anticipation » des éprouvés psychiques à venir. Position qui rejoint la proposition selon laquelle « anticiper consiste, lors d'une situation conflictuelle, à imaginer l'avenir : en prévoyant d'avance ses propres réactions émotionnelles ; en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ; en envisageant différentes réponses ou solutions possibles » (Ionescu, Jacquet, Lhote, 1997, 139).

### **« Conteneur et énergétiseur auxiliaires »**

Face à la singularité des modalités relationnelles des patients que nous rencontrons (demandes affectives et rejets massifs), nous nous sommes questionné sur les types d'angoisses mobilisés par la rencontre « d'un ou plus d'un autre » et sur les conditions de l'alliance thérapeutique.

Il nous est apparu que l'aménagement du dispositif psychothérapeutique (Poupard, 2003, 2003 a) ainsi que la modalité relationnelle établie (synchronie relationnelle, passage par le signe,

soutien de la fonction « pare-excitatrice / excitatrice auxiliaire », maintien de la fonction « conteneur / énergétiseur auxiliaire ») étaient les conditions nécessaires au déploiement des capacités de transformation (relance de la fonction de liaison du préconscient) puis de régulation de tensions intrapsychiques desdits patients (Poupard, 2004). Nous rejoignons en cela la position développée par Bion (1962) concernant les quatre temps du travail de pensée du clinicien (accueillir, contenir, transformer, restituer transformé) dont le patient fait l'expérience et qu'il introjecte au cours du processus psychothérapique ; expérience singulière contenue au cœur du dispositif psychothérapique qui vise à permettre aux patients de développer leurs appareils à penser les pensées en s'étayant sur la capacité de rêverie et la fonction alpha du clinicien et / ou du groupe.

### **Conclusion**

« Entre rien et trop », c'est de ce côté que nous avons situé la question de l'économique et de la gestion de l'énergie pulsionnelle. Gestion par anesthésie psychique qui offre une mise en suspens de l'état de tension interne, mais suppose un « ensommeillement » de l'activité de penser et d'éprouver ; le conflit intrapsychique n'étant pas traité, mais tout au plus, ponctuellement différé. Nous assisterions ainsi à une régression topique dans la mesure où le sujet suspend ses investissements du système conscient, ce qui entraîne un abandon de l'épreuve de réalité ; les fantasmes de désir pouvant pénétrer dans le système et être reconnus comme une réalité. Cette modalité de traitement de l'état de tension interne se caractérisant ainsi par un désinvestissement énergétique temporaire rendu nécessaire du fait d'une confrontation à l'inconnu ou à l'absence. Au détour de ce travail de recherche, nous avons proposé le terme de « *dysliaison* » (Poupard, 2009) pour définir cet état spécifique de l'énergie psychique consécutif à une défense contre le « trop ou trop peu pulsionnel », dangers majeurs pour l'économie psychique ; « *dyslié* » et non forclos (Mc Dougall, 1982) tel est le terme que nous employons pour définir la suspension de phénomènes inter-pulsifs (Avron, 1996) que nous observons dans ces moments d'anesthésie psychique et qui nécessitera de poursuivre et de préciser plus avant les résultats de cette recherche.

### **Bibliographie**

Avron, O., (1996) *La Pensée scénique. Groupe et psychodrame*, Toulouse, Érès.

Bion, W.-R., (1962/1979) *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.

Bion, W.-R., (1962/1983) « Une théorie de l'activité de pensée », *Réflexion faite*, Paris, PUF, p. 125-135.

De Mijolla, A., Shentoub, S.-A., (1973) *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, Paris, Payot.

Gutton, P., (1984) « Pratiques de l'incorporation », *Adolescences*, 2, p. 315-338.

Ionescu, S., Jacquet, M.-M., Lhote, C., (1997) *Les Mécanismes de défense. Théorie et clinique*, Paris, Nathan.

Jeammet, P., (1994) « Dépendance et séparation à l'adolescence, point de vue psychodynamique », in D. Bailly, J.-L. Venisse (dir.), *Dépendance et conduites de dépendance*, Paris, Masson.

Jeammet, P., (1995) « Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction », *Cliniques méditerranéennes*, 47-48, p. 155-175.

Mc Dougall, J., (1978) *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard.

Mc Dougall, J., (1982) *Théâtre du Je*, Paris, Gallimard.

Pedinielli, J.-L., Rouan, G., Bertagne, P., (1997) *Psychopathologie des addictions*, Paris, PUF.

Poupard, G., (2002) « Addiction à l'alcool, dispositif psychothérapeutique et régulation des internes », mémoire de DEA en psychologie clinique et psychopathologie, université de Provence, Aix-Marseille-I.

Poupard, G., (2003) « Anesthésie des éprouvés internes et objets de relation dans des groupes d'alcooliques », in *Groupe, violence et objets de relation*, actes des journées d'études du COR, Aix-en-Provence, p. 87-98.

Poupard, G., (2003) « Dispositif psychodramatique et alcoolisme », *Psychologues et psychologies*, 168, p. 12-15. Paris.

Poupard, G., Gimenez, G., Pedinielli, J.-L., (2004) « Addiction à l'alcool, objets concrets et régulation des éprouvés internes », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, t. 2 43, p. 159-173, Toulouse, Érès.

Poupard, G. (2009) « Anesthésie psychique et addiction à l'alcool : contribution à l'étude psychodynamique et psychothérapeutique de l'alcoolisme », thèse de doctorat de l'université de Provence (mention psychologie), Aix-en-Provence.