

Sommaire

Introduction	1
Partie I : Présentation de la méthodologie de recherche	2
1) Présentation du lieu de stage	2
2) Rencontre avec Monsieur C. et quelques éléments d'anamnèse.....	3
3) Présentation de la méthode de recherche et de ses limites	5
Partie II : Présentation clinique de Monsieur C.....	6
A) Matériel clinique.....	6
1) L'enfance, la relation aux parents	6
2) Le traumatisme	8
3) Le deuil.....	9
4) L'entrée dans l'alcoolisme	11
B) Analyse de la dynamique transférentielle	13
C) Présentation de la problématique	14
Partie III : Articulation théorico-clinique.....	15
A) L'enfance de Monsieur C. : entre carences précoces et trauma tardif	15
1) Des carences affectives	15
2) De la défaillance maternelle au traumatisme narcissique	17
3) De la perte au deuil impossible	18
B) L'aménagement psychique de Monsieur C.....	19
1) Entre écroulement dépressif et effondrement anaclitique	19
2) De la lutte contre la dépression à l'aménagement limite	21
3) Le besoin de gratification, en lien avec la potentialité dépressive du passage à la retraite.....	22
C) Le recours à l'alcool pour Monsieur C.....	24
1) Le fantasme d'incorporation	24
2) Entre honte et culpabilité, boire pour ne plus éprouver	25
3) Lutter contre le vécu dépressif et l'angoisse de perte d'objet	27
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	30

Introduction

En 2016, environ 10% des adultes français avaient une consommation considérée comme « abusive » de l'alcool, souffrant ainsi d'une dépendance à ce produit¹. Malgré la diffusion d'informations de plus en plus importante, l'alcoolisme reste aujourd'hui un sujet parfois tabou, trop peu souvent considéré comme une maladie. Or, ces personnes « addicts » sont aux prises avec de véritables souffrances psychiques, et « l'objet d'addiction apparaît donc paradoxalement comme objet de survie » (PIRLOT, 2009, p.82). D'autre part, l'environnement familial joue également un rôle. E. ZERBIN-RUDIN (1982), citée par M. MONJAUZE (2008), a effectivement réalisé une étude montrant que si l'alcoologie n'avait pas un caractère héréditaire, 70 à 90% des sujets alcooliques avaient un ou deux parents souffrant de la même addiction.

Ayant toujours eu un vif intérêt pour le domaine de l'addictologie, j'ai eu la chance d'effectuer mon premier stage de Master 2 dans un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Alcoologie. Ce stage m'a été extrêmement bénéfique sur les plans humain et professionnel. Cette expérience m'a amenée à développer encore plus mon ouverture d'esprit et ma tolérance, tout en saisissant davantage le fonctionnement des addictions, autant d'un point de vue biologique que psychologique. J'ai aussi réalisé ô combien le milieu familial dans lequel un individu évolue dès le plus jeune âge est important, et peut avoir une influence considérable sur le développement, ou non, de comportements addictifs.

Ainsi, ce mémoire présentera l'histoire de Monsieur C.², un homme de soixante-huit ans, ayant grandi dans un environnement familial peu narcissant, dans un contexte de carences affectives. Suite à des expériences traumatiques, ce patient a sombré dans la dépression puis dans l'alcoolisme. Ce travail de recherche sera donc décomposé en trois parties. La première concertera le contexte de notre rencontre, d'un point de vue institutionnel mais aussi clinique. La seconde partie relatera les différents points abordés lors de nos rencontres, mon implication personnelle dans ce suivi et les questionnements qui en ont découlés. Enfin, dans la troisième partie, je tenterai, à travers différents apports théoriques mis en lien avec les éléments cliniques recueillis, de répondre à la problématique à l'œuvre dans le fonctionnement psychique de Monsieur C.

¹ Source : INSERM

² Par souci de confidentialité, l'initiale de ce patient a été modifiée.

Partie I : Présentation de la méthodologie de recherche

1) Présentation du lieu de stage

En octobre 2017, j'ai débuté un stage dans un centre de soins de suite et de réadaptation (S.S.R.) spécialisé en alcoologie, au sein duquel je suis restée jusqu'en février 2018. Ce centre est situé dans un petit village mayennais, dans un ancien château entouré de verdure, propice au repos et au mieux-être. Ouvert depuis mars 1983, cet établissement privé d'hospitalisation complète peut accueillir 32 patients simultanément. Les patients admis au centre souffrent tous d'une dépendance à l'alcool, certains avec des dépendances associées, notamment aux produits illicites ou aux médicaments, d'autres aux prises avec des comorbidités psychiatriques.

L'arrivée au centre peut se faire à la suite d'un sevrage hospitalier, mais également avec une surveillance sevrage lorsque celui-ci est réalisé au centre. Chaque admission est programmée et individualisée, avec un contrat que le patient signe à son arrivée. Ce contrat de soins repose sur une idée de responsabilisation, de coopération et d'engagement réciproque. En effet, le centre fonctionne sur la confiance et l'engagement ; le patient s'engage à respecter son contrat et le règlement intérieur. Lorsque celui-ci arrive au centre, il signe un contrat d'une durée de 29 jours, renouvelable tous les quinze jours jusqu'à trois mois. Lors de son séjour, le patient dispose de différents moyens d'aide, notamment des rendez-vous très réguliers avec le médecin addictologue et la possibilité de bénéficier de l'aide de l'assistante sociale, pour préparer le retour à la vie « réelle ». Le médecin et le directeur du centre animent également des réunions d'alcoologie toutes les semaines, où différents thèmes tels que l'alcool et la sexualité, l'alcool et la communication, ou encore la prévention de la rechute sont abordés. Ces réunions ont une visée de psychoéducation. En outre, les patients doivent participer aux ateliers de réadaptation animés par des moniteurs et des éducateurs, ainsi qu'aux activités physiques adaptées. Des infirmières sont également présentes jours et nuits, et représentent une écoute précieuse pour les patients. L'équipe pluridisciplinaire est également composée de deux psychologues à temps partiel. Elles rencontrent systématiquement les patients une première fois, quelques jours après leur arrivée. Ce premier entretien dure une heure et permet d'évoquer avec le patient son histoire de vie en lien avec l'alcool, ses motivations à venir au centre et la façon dont il vit ce début d'hospitalisation. Si le patient est demandeur d'un suivi psychologique, il rencontrera la psychologue à raison d'un entretien hebdomadaire d'une durée de trente minutes. Alors, le rapport à l'alcool pourra être

travaillé de manière plus approfondie, en essayant de saisir la fonction qu'occupent ces consommations d'alcool pour le patient. Depuis quelques mois, les psychologues font également passer un test aux patients, le « Montreal Cognitive Assessment » (MoCA), afin d'évaluer leurs capacités cognitives, notamment en termes d'attention, de concentration et de mémorisation. Cela permet par ailleurs d'évaluer dans quelle mesure les sujets sont en capacité de développer des stratégies alternatives, pour éviter la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. Ma tutrice de stage, d'orientation psychanalytique mais formée aux Thérapies Cognitivo-Comportementales, anime également des groupes de parole toutes les semaines. A mon grand regret, je n'ai pu assister qu'à un seul groupe, étant donné que ceux-ci n'avaient pas lieu sur mes jours de présence. Cependant, grâce aux nombreux échanges avec elle, j'ai pu prendre conscience de toute l'utilité qu'avait ce dispositif. En effet, certains patients sont extrêmement différents en groupe ou en situation duelle, cela permet donc de les voir dans un autre contexte. Au-delà de l'intérêt pour le psychologue de rencontrer le patient à travers un autre biais, les groupes de parole permettent aux patients de partager leurs expériences, et de lever le sentiment de honte souvent très présent chez eux. Pour d'autres, s'exposer devant plusieurs personnes et lever des défenses est moins aisé, mais l'atmosphère bienveillante vient souvent pallier à cette gêne. Par ailleurs, le simple fait d'écouter l'expérience d'autres sujets qui partagent leur souffrance est bénéfique, notamment par la comparaison qui peut être faite et qui peut amener à une prise de conscience de sa propre problématique et de son propre cheminement. D'autre part, des jeux de rôles étaient fréquemment organisés lors de ces groupes de parole. Si les patients pouvaient être au départ réticents à l'idée de se mettre en scène devant les autres, la participation de la psychologue les a encouragés.

2) Rencontre avec Monsieur C. et quelques éléments d'anamnèse

Présente pendant quatre mois sur ce lieu de stage, j'ai eu la chance de prendre en charge plusieurs suivis individuels, dont celui de Monsieur C. Celui-ci est arrivé au centre au début du mois de novembre et faisait partie des premiers patients que je rencontrais seule. A son arrivée au centre, Monsieur C. était sevré depuis plusieurs semaines déjà, suite à un séjour en psychiatrie l'ayant amené à débuter un accompagnement dans un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Il se rendait de plus dans un hôpital de jour trois fois par semaine, ce qui l'a aidait à maintenir son abstinence, selon ses dires. Je l'ai donc rencontré quelques jours après son arrivée, comme cela se fait

habituellement. Je n'avais pas d'information sur lui avant notre première rencontre, seulement son âge, 68 ans. A ce propos, il me semble intéressant de ne pas bénéficier de trop d'éléments sur le parcours de vie des patients avant de les rencontrer, afin de ne pas être dans quelque chose de l'ordre de la suggestion. Lors de cette première rencontre, Monsieur C. s'est d'emblée montré désireux de bénéficier d'un suivi psychologique lors de son séjour au centre, expliquant avoir entamé un suivi avec la psychologue du CSAPA qui l'aidait beaucoup, et qui lui avait « appris à parler ». Monsieur C. m'a donc spontanément raconté son histoire, abordant l'alcoolisme de sa mère aujourd'hui décédée aux suites d'une cirrhose, la perte de son fils à l'âge de dix ans, et son rapport à l'alcool. Monsieur C. m'a ainsi expliqué dans quelles circonstances il avait commencé à boire davantage, et à quel moment il avait réalisé que ses consommations devenaient nocives pour lui et son entourage, ce sur quoi je reviendrai ultérieurement. D'autre part, Monsieur C. observait un traitement antidépresseur, souffrant d'une dépression depuis plusieurs années, et ayant tenté de se suicider à deux reprises. En effet, Monsieur C., lors des premiers entretiens, évoquait le fait de ne plus avoir goût à rien, de n'avoir aucune motivation ni d'envie pour faire les choses. Il se sentait également très fatigué, aussi bien psychiquement que physiquement, ceci faisant penser à la présence d'une certaine asthénie chez Monsieur C.. Concernant ses tentatives de suicides antérieures, Monsieur C. a pu m'expliquer que la première avait eu lieu alors qu'il était alcoolisé, par prise de médicaments. Monsieur C. considère que cette première tentative s'apparentait davantage à un appel à l'aide, sans réel désir de mourir de sa part. A contrario, la seconde tentative de suicide a eu lieu alors que Monsieur C. était sobre, également par prise de médicaments. Monsieur C. explique avoir, cette fois, eu envie de disparaître pour ne plus faire souffrir ses proches, et parce qu'il se sentait alors très mal dans sa peau. C'est à la suite de cette seconde tentative de suicide que Monsieur C. a été hospitalisé en psychiatrie pendant cinq semaines, endroit où il ne se sentait pas à sa place, ne se considérant pas « malade de la tête ». Etant resté abstiné quinze jours, c'est à l'issue de cette hospitalisation que Monsieur C. a entamé un suivi psychologique au CSAPA, grâce auquel il a pu « se libérer » de son enfance et du décès de son fils, comme il l'indique. En effet, l'enfance de Monsieur C. est illustrée de carences affectives précoces et d'un traumatisme narcissique, cet homme ayant subi des attouchements sexuels de la part de sa mère, à l'âge de treize ans. Monsieur C. n'a pu révéler ces actes qu'à l'âge de 67 ans, avec la psychologue du CSAPA.

Pour le présenter brièvement, Monsieur C. est un homme âgé de 68 ans, électricien retraité depuis dix ans. Lui et sa femme ont une fille vivant en Angleterre, et sont également

les grands-parents de deux petites filles. Sa femme, sa fille et ses petites-filles représentent les principales motivations de Monsieur C. à venir au centre. En effet, Monsieur C. a souvent pu exprimer la peur de se retrouver seul, que sa femme le quitte et qu'il ne puisse plus voir sa fille et ses petites filles. Monsieur C. était par ailleurs convaincu qu'il ne s'en sortirait pas si son épouse souhaitait divorcer. N'habitant pas dans la région où se trouve le centre, Monsieur C. ne l'a d'ailleurs pas vue pendant trois mois, ce qui a souvent été source d'émotions, et parfois même d'inquiétudes. En effet, leur relation s'était détériorée avant son arrivée au centre, Monsieur C. se décrivant lui-même comme « aigri » et parfois agressif verbalement. Bien que le couple ait retrouvé une certaine sérénité et complicité au fil du séjour de Monsieur C., à travers leurs nombreux échanges téléphoniques, Monsieur C. et sa femme appréhendaient le retour au domicile et une éventuelle rechute de Monsieur C. Ce dernier évoquait alors une profonde culpabilité, et même un sentiment de honte d'avoir fait souffrir son épouse et ses proches. En lien avec cette culpabilité très présente dans le discours de Monsieur C., celui-ci a plusieurs fois mis en avant que le déclic à se faire soigner avait aussi été son fils décédé, Monsieur C. se répétant souvent que celui-ci ne serait pas fier de lui. La culpabilité, la honte, mais aussi les regrets étaient donc des sentiments très envahissants chez Monsieur C., l'amenant à se dévaloriser et à perdre confiance en lui.

3) Présentation de la méthode de recherche et de ses limites

Monsieur C. étant resté trois mois au centre, j'ai pu le rencontrer de nombreuses fois, à raison d'un entretien hebdomadaire d'une durée de trente minutes. Lors de ces entretiens, Monsieur C. s'est toujours montré dans l'élaboration, et désireux de témoigner de ses évolutions, quant à l'alcool mais également quant au deuil de son fils et à sa relation conjugale. Lors d'un entretien, j'ai eu l'occasion de lui faire passer le test du MoCA dont je parlais préalablement, qui n'a révélé aucune difficulté cognitive. Les entretiens étaient réalisés de manière semi-directive. Pendant les entretiens, je prenais quelques notes que j'introduisais dans le dossier du patient, qui n'était consultable que par la psychologue. Bien que j'ai pu rencontrer Monsieur C. à onze reprises, la courte durée des entretiens imposée par le fonctionnement de l'institution a, selon moi, représenté un frein au travail de narration qui aurait pu être davantage efficient chez ce patient. En effet, trente minutes d'entretien ne me semblent pas suffisantes pour aboutir à une véritable réflexion et à un travail d'association libre.

D'autre part, le fait que Monsieur C. soit suivi par une autre psychologue à l'extérieur du centre a aussi eu son influence, à mon sens. Lorsqu'il abordait certains traumatismes passés, Monsieur C. pouvait exprimer le fait d'en avoir « assez parlé », et ne souhaitait donc pas revenir dessus. Dans ces moments-là, Monsieur C. était davantage dans la narration et non pas dans un travail d'historisation et d'élaboration. De plus, le fait de savoir que les patients ne restent pas plus de trois mois dans le centre entrave la possibilité de s'engager dans une psychothérapie. Cependant, Monsieur C. était véritablement acteur de son suivi, ce qui lui a permis d'avancer sur plusieurs aspects, tout en développant une meilleure estime de lui-même.

Synthèse

Lors de mon stage de Master 2 dans un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Alcoologie, j'ai eu l'occasion d'assurer le suivi psychologique de Monsieur C., un patient de 68 ans, dépressif et souffrant d'alcoolisme depuis quelques années. Victime d'un traumatisme sexuel à l'adolescence et endeuillé de la perte de son fils, Monsieur C. s'est longtemps enfermé dans l'alcool, n'exprimant aucun affect ni émotion. L'alcool endossait alors un rôle d'exutoire et d'anxiolytique, afin de se déconnecter de la réalité extérieure. Monsieur C. souhaitant bénéficier d'un suivi psychologique lors de son séjour au centre, je l'ai rencontré durant trois mois, de façon hebdomadaire.

Partie II : Présentation clinique de Monsieur C.

A) Matériel clinique

Afin d'exposer le matériel clinique recueilli à travers les entretiens avec Monsieur C., j'ai choisi d'en faire une présentation thématique. D'autre part, les entretiens étant nombreux, j'ai préféré n'en sélectionner que certains d'entre eux.

1) L'enfance, la relation aux parents

L'enfance de Monsieur C. et l'environnement familial dans lequel il a grandi n'ont été abordés qu'au début du suivi, lors des trois premiers entretiens. Lors du premier entretien,

Monsieur C. m'explique d'emblée que sa mère était également alcoolique, et qu'elle était décédée d'une cirrhose à l'âge de quarante-huit ans, quand lui-même n'avait que dix-neuf ans. Dès lors, Monsieur C. indique avoir eu une enfance difficile, sans détailler davantage.

Lors du second entretien, Monsieur C., se sentant visiblement plus à l'aise et en confiance, aborde davantage son enfance et ses liens familiaux. Cet entretien a lieu au milieu du mois de novembre, alors que les patients accueillis au centre doivent faire une demande s'ils souhaitent avoir une autorisation de sortie pour les fêtes de Noël. Monsieur C. souhaite quant à lui rester au centre, expliquant ne pas apprécier ces festivités. En effet, Monsieur C. m'explique alors qu'il n'a jamais eu de cadeau étant enfant. Monsieur C. parle ensuite de son père, ancien marin aujourd'hui décédé, qui « buvait un peu mais pas plus que ça », selon ses propres mots. Monsieur C., avec une fierté non dissimulée, m'annonce alors qu'une rue porte le nom de son père dans la ville où il habite. Monsieur C. évoque ensuite sa fratrie, composée d'une sœur plus âgée, et de trois demi-sœurs également plus âgées (l'une du côté maternel, de père inconnu, et deux du côté paternel). Monsieur C. se remémorant alors son enfance, m'explique qu'il n'y a jamais eu de violence de la part de ses parents, mais que sa mère, si elle n'était « pas méchante », n'était pas « une mère ». C'est à ce moment précis que Monsieur C. me révèle qu'il a subi des attouchements de la part de sa mère, à l'âge de douze ou treize ans. Monsieur C. précède cette annonce d'une parole significative : « il y a quelque chose que je n'ai pas osé vous dire la dernière fois, mais maintenant je vous fais confiance », comme s'il se sentait alors suffisamment en sécurité pour faire cette révélation et ainsi se libérer d'un poids. Les attouchements subis par Monsieur C. ont eu lieu à deux reprises, ce sur quoi je reviendrai dans une partie où j'aborderai davantage le traumatisme qu'il a vécu. Revenant sur l'alcoolisme de sa mère, Monsieur C. explique qu'il a vécu pendant plusieurs années seul avec elle, et que c'était alors lui qui vidait ses bouteilles d'alcool, et qu'il était régulièrement amené à expulser les hommes qui venaient la voir. Monsieur C. reparle alors du décès de celle-ci, mais n'en dit rien de plus. Concernant son père, Monsieur C. explique avoir eu une bonne relation avec lui, qu'il était son « Dieu ». Monsieur C. m'est alors apparu tel un petit garçon qui admirait son père, dans une représentation presque héroïque. Pourtant, lors du troisième entretien, Monsieur C. a avancé le fait de ne jamais avoir reçu d'affection de la part de sa mère, et très peu venant de son père. Monsieur C. évoquant précédemment avoir eu une bonne relation avec ce dernier et semblant l'admirer, je me suis demandée dans quelle mesure idéaliser leur relation n'était pas un moyen de nier la relation compliquée à la mère, afin de se réassurer en conservant un imago paternel satisfaisant. En lien avec le manque d'affection

reçue, Monsieur C. explique par ailleurs n'avoir jamais été vraiment démonstratif avec ses propres enfants.

D'autre part, Monsieur C., dans le second entretien également, revient sur son parcours scolaire, m'annonçant, une nouvelle fois rempli de fierté, qu'il avait obtenu son certificat d'étude à l'âge de treize ans. Félicité pour cette obtention, Monsieur C. avait alors reçu une pipe et du tabac, les uniques cadeaux qu'il n'ait jamais eus. Par la suite, Monsieur C. a commencé à travailler en usine, à l'âge de quatorze ans, quittant alors tout ses amis. Le sentiment de fierté avait alors disparu du discours de Monsieur C., laissant place à une expression, certes contenue, de peine. Monsieur C. se retrouvant seul dans un monde d'adultes, son seul loisir était d'aller s'évader en forêt pour s'adonner à son passe-temps favori, la lecture. En narrant cette période de sa vie, Monsieur C. eut une remarque intéressante et pleine de lucidité : « je n'ai pas eu d'adolescence, je suis passé d'un grand enfant à un adulte ». Cette parole de Monsieur C. me semble importante car elle traduit combien l'élaboration identitaire a du être laborieuse pour Monsieur C., pris entre des responsabilités d'adulte et des désirs d'enfant, et traumatisé par un environnement familial peu sécurisant. En dehors du travail qu'il a eu à assumer très jeune, Monsieur C. endossait déjà des responsabilités d'homme, voire d'époux auprès de sa mère ; comme si les rôles étaient confus voire inversés.

Monsieur C., en dehors de ces trois entretiens, n'est jamais revenu sur son histoire, hormis dans les derniers entretiens, pour mettre en avant le fait qu'il se sentait moins envahi par les images de son enfance, et ainsi plus apaisé. Relater ces éléments de l'enfance de Monsieur C. m'a semblé important, non seulement vis-à-vis de leur influence sur le développement psychique de Monsieur C. par la suite, mais aussi par la manière dont ils ont été abordés. En effet, Monsieur C. avait parfois tendance à s'exprimer, justement, comme un enfant, comme s'il était alors dans une certaine régression, fixé au stade de séparation-individuation, mais ne parvenant justement pas à consolider le processus d'individuation et donc à assurer la permanence de l'objet.

2) Le traumatisme

Comme j'indiquais précédemment, Monsieur C., lors du second entretien, a révélé avoir subi des attouchements sexuels de la part de sa mère à deux reprises. Monsieur C.

explique s'être enfui la première fois, et l'avoir repoussée la seconde. Monsieur C. vivait seul avec sa mère au moment des faits, son père étant alors en région parisienne, qu'ils ont ensuite rejoint. Monsieur C. ne s'est pas attardé sur son ressenti face à ce traumatisme, mais il explique n'en avoir jamais parlé à quiconque avant ses soixante-sept ans, il y a un an. Le moment de cette révélation correspond à l'amorce du suivi psychologique avec la psychologue du CSAPA. Celle-ci est la première personne auprès de qui il a pu se libérer de ce lourd secret, se sentant par la suite prêt à le révéler à sa femme et à deux de ses sœurs. Revenant sur ce long silence, Monsieur C. explique avoir voulu protéger sa mère, disant alors « c'était ma maman », de nouveau avec l'expression d'un petit garçon, semblant ne pas pouvoir admettre la gravité des faits, ceux-ci étant certainement trop irreprésentables. Jusqu'à ce qu'il considère comme une « libération », Monsieur C. avait conservé une photographie de sa mère sur sa table de chevet. Comment expliquer et interpréter cela ? Etait-ce de l'ordre du déni ou du refoulement ? Cet enfouissement représentait-il un mécanisme de défense, à l'image d'une forteresse psychique, à la manière dont Ciccone (2008) peut l'évoquer ? Monsieur C. explique aussi son silence par la peur des répercussions sur sa famille ; l'on voit ainsi que des sentiments de honte et de culpabilité semblaient déjà être présents chez Monsieur C., l'empêchant de se détacher de cette « boule au ventre », comme il la nomme, qu'il a gardé enfouie pendant plus de cinquante ans. Par ailleurs, Monsieur C. explique avoir longtemps eu des difficultés pour exprimer ses émotions, pour s'autoriser à pleurer, indiquant même ne pas se souvenir d'avoir déjà pleuré dans son enfance. Nous pouvons alors nous demander ce que cela révèle de son aménagement psychique et de ses mécanismes de défense. Monsieur C. semble en effet avoir toujours maintenu un certain contrôle, conscient ou non, sur ses émotions, ne pouvant se laisser aller à l'expression d'affects négatifs.

3) Le deuil

Déjà fragilisé par un traumatisme narcissique à l'adolescence, Monsieur C. s'est également vu contraint d'affronter une épreuve extrêmement difficile au cours de sa vie ; le décès de son fils, âgé de dix ans, à la suite d'une leucémie. Monsieur C. a évoqué cette perte dès le premier entretien, en expliquant que sa consommation d'alcool était alors devenue un peu plus importante qu'habituellement. Lorsqu'il aborde le décès de son fils, Monsieur C. explique qu'aujourd'hui, il y pense moins tristement, que « c'est le destin », de manière presque fataliste et résignée. Monsieur C. n'a pas toujours évoqué le décès de son fils de la sorte lors des autres entretiens, peut-être plus en confiance pour partager sa peine par la suite.

Monsieur C. a notamment expliqué qu'il avait pu être jaloux de ses amis qui partageaient des moments avec leurs fils, laissant sous-entendre un sentiment d'injustice.

En effet, Monsieur C., lors du quatrième entretien, m'a indiqué que lui et sa femme parlaient très peu de la perte de leur fils, et qu'ils avaient même tendance à « abréger » lorsque le sujet était évoqué. Monsieur C. a ajouté qu'ils n'avaient jamais pleuré ensemble, et qu'ils se rendaient sur la tombe de leur fils séparément. L'on peut alors s'interroger sur la possibilité de faire son deuil pour le couple si leur peine ne peut être partagée. Pourquoi Monsieur C. s'est-il toujours refusé à pleurer ? Est-ce une manière pour lui de s'affirmer en tant qu'homme, place à laquelle il a été érigé très jeune ? A défaut d'avoir pu aller contre les événements douloureux de son histoire, maîtriser ses émotions et ses angoisses représente-t-il un moyen de garder le contrôle sur un aspect de sa vie ? En quoi l'alcool a-t-il pu constituer une aide dans cette tentative de maîtrise ? Cela fait notamment référence à ce que Abraham et Torok (1987) avancent lorsqu'ils écrivent « toutes les larmes qui n'auront pu être versées, seront avalées, en même temps que le traumatisme » (p.266). Selon cette perspective, nous pourrions supposer que Monsieur C. noierait son chagrin en ingurgitant un liquide qu'il n'a pu verser.

Lors du huitième et du neuvième entretien, Monsieur C. est également revenu sur le décès de son fils, cette fois-ci pour témoigner de la manière dont il avait évolué par rapport à cela. En effet, Monsieur C. m'a indiqué que dans l'atelier « couleur-crayon » dans lequel il était, il réalisait une œuvre avec une photographie de ses deux enfants, chose dont il aurait été, dit-il, incapable auparavant. Monsieur C. m'a alors expliqué que depuis qu'il était dans le centre, il pouvait penser à son fils en souriant, sans être triste ou gêné. L'emploi de l'adjectif « gêné » ici s'avère étonnant. Pourquoi Monsieur C. était-il « gêné » lorsqu'il pensait à son fils ? Etais-ce en lien avec une gêne vis-à-vis du fait d'être triste, Monsieur C. semblant toujours chercher à se couper de ses émotions ? Lors du neuvième entretien, Monsieur C. est revenu sur un épisode l'ayant beaucoup marqué, en lien avec la maladie de son fils. Monsieur C. m'a alors révélé que lui et sa femme avaient un jour « menti » à leur fils. Alors qu'ils l'emmenaient à l'hôpital, Monsieur C. et son épouse savaient que leur fils devrait y rester quelques jours, mais avaient fait le choix de ne pas lui dire, pour le protéger. Monsieur C. m'explique alors avoir vu la colère dans les yeux de son fils lorsque celui-ci a compris qu'il ne rentrera pas chez lui. Cette image a été pendant longtemps le principal souvenir que Monsieur C. avait lorsqu'il pensait à son fils, éprouvant une profonde culpabilité. Le fait de

repenser à cette situation extrêmement culpabilisante pour Monsieur C. pourrait-il être considéré comme un moyen de s'auto-punir ? Eprouver tant de culpabilité aide-t-il Monsieur C. à davantage intégrer l'expérience traumatique que représente la perte de son fils, dans une tentative de mise en sens ? Une nouvelle fois, se culpabiliser est-il un moyen de contrôler cet événement traumatisant, plutôt que d'accepter de ne rien avoir pu faire contre ?

4) L'entrée dans l'alcoolisme

Concernant son alcoolisme et son rapport à l'alcool, Monsieur C. s'est parfois montré ambivalent et il n'a pas toujours été évident d'identifier une période de sa vie où ses consommations d'alcool étaient devenues plus importantes et plus nocives. En effet, dès le premier entretien, Monsieur C. a expliqué avoir commencé à consommer plus de bière suite au décès de son fils mais que cela n'avait pas duré, propos qui n'étaient pas les mêmes lors du deuxième entretien. A celui-ci, Monsieur C. disait au contraire que le décès de son fils ne l'avait pas conduit à boire davantage. Connaissant des personnes qui avaient « glissé là-dedans », Monsieur C. avait par contre eu peur de se retrouver dans la même situation. En mentionnant ces personnes, Monsieur C. parlait-il de sa mère, ou d'autres sujets ? Avait-il alors eu peur de reproduire les conséquences de l'alcoolisme de sa mère auprès de sa propre fille ? Lors du premier entretien donc, Monsieur C. semblait considérer que ses consommations étaient devenues véritablement problématiques depuis trois ans. Alors qu'il avait l'habitude de jouer à la pétanque avec des amis retraités, un été, les fils de ces derniers étaient venus les rejoindre. Ces hommes avaient l'âge que son fils disparu aurait du avoir, et Monsieur C. a alors eu ce qu'il appelle « un flash ». Ne parvenant pas à surmonter l'émotion que la présence de ces jeunes hommes provoquait, Monsieur C. est allé acheter de l'alcool, « et ainsi de suite ». L'on peut se demander pourquoi Monsieur C. a eu ce premier réflexe. Evoquant lors de ce premier entretien que le décès de son fils avait fait accroître ses consommations pendant un temps comme je l'indiquais précédemment, Monsieur C. ressentait-il déjà une certaine fragilité vis-à-vis de l'alcool, qu'il avait jusqu'alors niée ? Après sa première tentative de suicide dont je parlais précédemment, Monsieur C. a fait une cure de quinze jours, suite à laquelle il a maintenu l'abstinence pendant un mois. Monsieur C. a rapidement repris l'alcool, expliquant alors « ne pas vouloir jeter ». Monsieur C. n'était alors pas motivé pour se soigner, dans le déni, selon ses propres dires. Monsieur C. explique avoir cru pouvoir oublier son vécu avec l'alcool, et culpabilise aujourd'hui beaucoup de ses

consommations, et de la souffrance que celles-ci ont provoqué dans son couple et auprès de sa fille.

Lors du second entretien, Monsieur C. m'a expliqué qu'il était à la retraite depuis dix ans et qu'il s'était rapidement ennuyé, puisque sa femme, assistante maternelle, ne l'a été que six ans plus tard. De plus, si le couple avait alors beaucoup de projets, leurs moyens financiers n'ont pas été suffisants et l'ennui s'est rapidement installé. Monsieur C. a alors indiqué avoir commencé à boire plus de bière qu'habituellement, précisant cependant s'être rapidement ressaisi, réalisant que « c'était nul », et préférant se remettre au sport et s'adonner à d'autres loisirs tels que la pêche et la pétanque. Ainsi, l'on peut observer chez Monsieur C. un besoin de remplir, que ce soit par la consommation d'alcool ou une autre activité. Qu'est-ce que ce besoin d'être en activité vient révéler du fonctionnement psychique de Monsieur C. ? Avoir recours à l'agir représente-t-il une alternative pour éviter de trop penser, pour échapper à des pensées et des émotions trop insoutenables ? Agir ainsi permet-il à Monsieur C. de mettre en suspens ses expériences traumatisques et les affects qui y sont liés, comme s'il les enfouissait pour ne plus y penser ? Monsieur C. indique par ailleurs que le fait de boire était devenu une habitude, que c'était « le corps qui réclamait ». Monsieur C. ne semble pas parvenir à faire le lien entre son psychisme et ses alcoolisations, justifiant celles-ci par un besoin physique, et non pas psychique. Pourtant, Monsieur C., lors du troisième entretien, explique qu'il ne souhaitait pas faire supporter son mal-être à ses amis, préférant s'isoler, l'alcool l'a aidant à supporter sa douleur, ou tout du moins à l'apaiser.

De plus, Monsieur C. s'est également montré ambivalent concernant les manifestations de sa dépendance. Si lors du second entretien Monsieur C. revendiquait ne pas être dépendant physique, son discours était autre lors de notre sixième rencontre. En effet, Monsieur C. expliquait alors avoir été dépendant physique, évoquant des sueurs et des tremblements lorsqu'il ne buvait pas. Comment interpréter ce changement dans le discours ? Monsieur C. était-il encore dans le déni pendant le second entretien, ou n'avait-il pas réalisé les conséquences et l'ampleur de ses alcoolisations avant son arrivée au centre ? Par ailleurs, Monsieur C., pendant le septième entretien, a admis se rendre compte que son usage d'alcool était nocif depuis l'entrée à la retraite, et qu'il avait même certainement toujours bu « plus que la moyenne », d'après ses propos. Monsieur C. semblait alors avoir pris conscience qu'il avait toujours été un « buveur », osant dire qu'il était « malade alcoolique » et prenant conscience de sa dépendance et, probablement, des événements et reviviscences auxquels celle-ci était

liée. Comme précédemment, nous pouvons nous demander si cette ambivalence est due au fait que Monsieur C. était, au fil du temps, de moins en moins dans le déni, ou si cela était révélateur de la levée du sentiment de honte, très important chez Monsieur C. auparavant. Les deux peuvent par ailleurs être liés voire indissociables, la honte pouvant conduire au déni inconscient de la part du sujet. En effet, Monsieur C., dans ce même entretien, avait exposé le fait de s'alcooliser après être allé sur la tombe de son fils, chose dont il a aujourd'hui encore extrêmement honte.

A travers l'observation de ces différents éléments, nous pouvons voir l'importance du rôle joué par l'environnement familial et les expériences traumatisques vécues au cours de la vie dans le développement d'un comportement addictif chez Monsieur C. L'on voit également que la résilience à l'œuvre chez Monsieur C. passe par une alexithymie. Monsieur C. ressent des choses, des émotions, mais ne peut les exprimer à travers le langage. L'alcool semble donc être arrivé comme une tentative d'évasion, comme un moyen pour tenter d'oublier et d'échapper à son vécu traumatisque, et à la perte de son fils, impossible à métaboliser. A ce sujet, Descombey (2004), avance que le souhait de vouloir oublier traduit finalement une incapacité à refouler chez les sujets souffrant d'alcoolisme.

B) Analyse de la dynamique transférentielle

Les rencontres avec Monsieur C. se sont toujours déroulées dans un contexte bienveillant. De prime abord, Monsieur C. se présente comme un homme enjoué, sociable et désireux de comprendre sa maladie mais aussi son fonctionnement psychique de manière plus générale. Un lien de confiance s'est très rapidement établi avec Monsieur C., celui-ci m'exprimant à plusieurs reprises être à l'aise pour me parler, et appréciant la manière dont les entretiens se déroulaient. En effet, avant d'entamer le suivi psychologique au CSAPA, Monsieur C. avait eu un premier contact avec une autre psychologue, mais n'avait pas apprécié le silence de celle-ci face à ces propos. Monsieur C. m'a donc plusieurs fois expliqué qu'il était soulagé d'avoir pu trouver une écoute dynamique et active ici, et donc similaire à celle dont il bénéficiait au CSAPA. Les propos de Monsieur C. m'ont ainsi mise en confiance pour poursuivre le suivi, consciente d'avoir su instaurer une bonne alliance thérapeutique avec ce patient. Le transfert de Monsieur C. vis-à-vis de moi a donc été, vraisemblablement, positif, tout comme mon contre-transfert. Consciente que Monsieur C. avait besoin d'entendre

ses efforts et progrès confirmés par un autre regard, j'ai parfois été amenée à me décaler de ma neutralité pour l'encourager à poursuivre ses réflexions et cheminements.

D'autre part, je n'ai pas décidé d'embrasser de travailler sur le cas de Monsieur C. pour ce mémoire, ce qui, je suppose, m'a empêchée d'être dans une quête d'informations trop hâtive. Souhaitant conserver l'alliance qui avait été créée avec Monsieur C., je n'ai jamais tenté d'aller travailler des points qu'il ne souhaitait pas explorer davantage. Ainsi, je n'ai jamais pensé à la réalisation de mon travail de recherche pendant les entretiens avec Monsieur C., ceci m'ayant permis une prise de recul nécessaire pour la rédaction de celui-ci, le suivi avec Monsieur C. ayant alors pris fin. Cette prise de recul m'a permis de réaliser que mon contre-transfert avait peut-être été parfois « trop » positif, m'ayant peut-être à certains moments empêchée de saisir certains aspects questionnantes de la personnalité de Monsieur C. Ce sont mes différentes lectures, la reprise des entretiens avec Monsieur C. et la rédaction de ce travail qui m'ont amenée à pouvoir davantage identifier la problématique en jeu chez ce patient.

C) Présentation de la problématique

Les divers éléments d'anamnèse et les données cliniques recueillies à travers les entretiens permettent de mieux comprendre l'apparition de la dépendance à l'alcool chez Monsieur C., ainsi que de mieux appréhender son fonctionnement psychique. En effet, l'environnement familial insuffisamment bon, selon les termes de Winnicott (1965), dans lequel Monsieur C. a grandi, le traumatisme narcissique vécu à l'entrée dans l'adolescence et les différentes difficultés rencontrées à l'âge adulte, notamment la perte de son fils, semblent avoir conduit Monsieur C. à un effondrement dépressif puis à la dépendance à l'alcool. Cela m'amène à plusieurs interrogations. Quel impact le milieu familial de Monsieur C. a-t-il eu sur son développement psychique ? Quel rôle l'alcoolisme de sa mère a joué dans celui de Monsieur C. ? Pour quelles raisons et de quelle manière Monsieur C. s'est-il réfugié dans le silence pendant des années ? Comment expliquer son impossibilité à mettre en mots ses ressentis ? Quel rôle est venu jouer l'alcool ? Quelle(s) fonction(s) l'alcool a-t-il assumé dans la survie psychique de Monsieur C. ? De ce fait, ces différentes questions m'amènent à une problématique :

« En quoi le recours à l'alcool peut-il constituer un moyen de lutter contre un vécu dépressif ? »

Synthèse

Les entretiens avec Monsieur C. ayant eu lieu de manière hebdomadaire pendant trois mois, le contenu verbal et clinique fut riche. Il m'a semblé opportun de n'en dégager que certains points principaux, à savoir l'enfance et les liens familiaux de Monsieur C., le traumatisme vécu à l'entrée dans l'adolescence, la perte de son fils suite à une leucémie, et enfin l'apparition de la problématique alcoolique. La dynamique transféro-contre-transférentielle présente entre Monsieur C. et moi-même étant plutôt positive, Monsieur C. a pu s'autoriser à raconter son histoire, en témoignant à certains moments de certains de ses affects. En effet, Monsieur C. a toujours semblé maintenir un contrôle sur ses émotions tout au long de sa vie, dans une alexithymie occupant une fonction de mécanisme de défense face aux difficultés rencontrées. Souffrant d'un symptôme dépressif, Monsieur C. semble avoir été attiré par le produit alcool pour oublier ses expériences traumatisques et pour tenter d'échapper à des affects et émotions trop insoutenables, en lien avec une impossibilité à métaboliser la perte de son fils.

Ces divers éléments m'ont conduites à plusieurs questionnements, pour finalement m'amener à la problématique suivante :

« En quoi le recours à l'alcool peut-il constituer un moyen de lutter contre un vécu dépressif ? »

Partie III : Articulation théorico-clinique

A) L'enfance de Monsieur C. : entre carences précoces et trauma tardif

1) Des carences affectives

Bien que Monsieur C. ne décrive pas avoir subi de maltraitance pendant son enfance, celle-ci s'est avérée « difficile », selon ses propres dires. En effet, Monsieur C. a grandi sans ne jamais recevoir d'affection de la part de ses parents, son père vivant par ailleurs dans une autre région, pour des raisons professionnelles. Or, l'on sait qu'un enfant, pour s'épanouir et évoluer tout en développant un sentiment d'omnipotence et de continuité d'existence, a besoin de ressentir une stabilité et une continuité dans son environnement, tant dans ses

aspects physiques qu'émotionnels ; à l'image de ce que Winnicott (1965) considère comme un environnement suffisamment bon. En effet, un environnement suffisamment bon permet à l'enfant d'exister, de faire ses propres expériences, pour ensuite pouvoir faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie. A contrario, sans cet environnement suffisamment bon, « le sentiment du réel est absent, le sentiment ultime est celui de l'inutilité » (Winnicott, 1996, p.48). Ainsi, l'on peut s'interroger sur la façon dont Monsieur C. a pu évoluer et s'épanouir dans un contexte d'absence paternelle et de défaillance maternelle, notamment sur un plan affectif. Outre la défaillance maternelle opérante dans l'histoire de Monsieur C., celui-ci a également du se construire un sentiment d'identité personnelle à travers des images identificatoires discontinues. En effet, le père de Monsieur C. semble avoir été présent de manière épisodique dans la vie de son fils. Les liens entre la mère et le père de Monsieur C. semblent par ailleurs avoir été eux-mêmes peu manifestes, voire même inexistants. Or, comme Lemay (1979) le pointe, la répétition d'abandons, ou ce qui s'y apparaît, représente un événement traumatisant pour l'enfant, entravant le développement de points de repères stables et fiables. Si le père de Monsieur C. n'est pas décrit comme abandonnant par celui-ci, il n'a cependant que très peu vécu au domicile familial. L'on peut alors se questionner sur la possibilité de s'identifier à une imago paternelle pour se construire une propre identité lorsque l'on grandit loin d'un modèle paternel, loin d'un patriarche, Monsieur C. étant par ailleurs le seul garçon du couple parental ? A ce propos, en opposition à son absence, Monsieur C. semble énormément idéalisé son père. Cette idéalisation semble être en résonnance avec une fixation à des objets archaïques surestimés, et narcissiquement investis. Cette fixation pourrait d'autre part être liée à ce que Kernberg (1967), cité par Bergeret (1975, p.116), nomme « l'idéalisation pré-dépressive ». Cette idéalisation correspondrait à la nécessité de considérer les objets extérieurs comme bons pour ne pas se sentir détruits par eux s'ils s'avéraient être mauvais. Dans l'idéalisation pré-dépressive, il n'y a pas de nuance. Ainsi, l'on peut supposer que Monsieur C. a recours, inconsciemment, à cette idéalisation vis-à-vis de son père pour se défendre contre le vécu douloureux de son enfance, car considérer ses deux parents comme totalement mauvais se révélerait être trop destructeur. D'un autre point de vue, nous pourrions également considérer que c'est la « nostalgie du père » (Pirlot, 2009, p.55) qui amènerait Monsieur C. à idéaliser son père et sa relation à lui, faute de pouvoir se référer à une imago paternelle satisfaisante. Cette nostalgie du père pourrait être celle d'un père imaginé et idéalisé. Accepter de ne pas avoir eu un père à la hauteur de ses espérances pourrait effectivement s'avérer trop dévastateur pour Monsieur C., étant donné les difficultés déjà rencontrées avec sa mère. Ainsi, avec la nostalgie et l'idéalisation comme mécanismes de

défenses, Monsieur C. refoulerait la réalité, et par conséquent l'absence véritable de son père lors de son enfance, cette négation des faits apparaissant donc plus supportable. D'autre part, Lemay (1979) avance également le fait que l'on observe fréquemment une avidité orale et une insatisfaction importantes chez les sujets carencés. Nous pourrions alors supposer que l'alcool ingurgité par Monsieur C. représenterait une manière de réduire son insatisfaction permanente et de combler son avidité orale. De plus, une enfance carencée menace la capacité de l'adulte à développer une identité personnelle, la privation d'une relation maternelle stable et durable atteignant les bases de celle-ci. Lemay (1979) avance à ce sujet que l'adulte carencé ne serait donc pas suffisamment armé pour affronter les situations complexes inhérentes à son existence. A nouveau, nous pouvons présumer que, faute d'être paré de défenses et de ressources satisfaisantes pour gérer des situations difficiles, l'alcool pourrait ainsi être le moyen que Monsieur C. aurait trouvé pour s'en défendre, ou s'en éloigner. A ce propos, Duparc (2005), cité par Pirlot (2009), pointe que l'une des caractéristiques communes aux sujets souffrant d'addictions serait un échec du processus de symbolisation, en lien avec un problème de séparation d'avec la mère. Cette séparation n'aurait pas été surmontée psychiquement, en raison d'une défaillance de l'environnement familial. Ainsi, nous pouvons observer l'importance du cadre familial dans le développement psychique de l'enfant, et par conséquent dans le déploiement plausible de comportements addictifs.

2) De la défaillance maternelle au traumatisme narcissique

Si l'enfance de Monsieur C. fut ardue, son adolescence ne s'est pas avérée plus réassurante et narcississante. Monsieur C. lui-même considère ne pas avoir eu d'adolescence, ayant été très rapidement pris par des responsabilités d'adulte, provoquant une absence de lien social avec des personnes de son âge. En outre, l'entrée dans l'adolescence pour Monsieur C. a été complexifiée par une expérience traumatique ; les attouchements sexuels de sa mère. L'on sait que l'adolescence représente d'hors et déjà de nombreux bouleversements, tant par les changements physiques que physiologiques qu'elle engendre. Le passage à l'adolescence et à la puberté qui est « en soi un traumatisme narcissique » (Gutton, 1991, p.37), implique des transformations physiques mais également des remaniements identitaires. Alors qu'en est-il lorsque ce passage est de plus marqué par une effraction en rapport avec son propre corps ? Roussillon (2010) indique par ailleurs que l'adolescence représente le passage entre « les conditions de la sexualité infantile et les potentialités de la sexualité adulte » (p.241). Gutton (1991) quant à lui, considère que l'entrée dans le pubertaire serait semblable à une entrée

brutale de la passion adulte dans la tendresse de l'enfance, ce qui nécessiterait par ailleurs l'existence d'un « je » suffisamment consolidé. Ici, l'entrée dans l'adolescence a été d'autant plus brusque pour Monsieur C. qu'elle a été imposée et contrainte à un psychisme déjà fragilisé et carencé. En effet, le corps occupe un statut particulier à l'adolescence, et nous pouvons ainsi nous interroger sur la façon dont Monsieur C. a pu amorcer une construction identitaire et un rapport au corps adaptés à la suite de cette expérience. Monsieur C. semble de surcroît avoir une image désunifiée de son corps, non-reliée à son psychisme. Cet événement traumatisque pourrait en partie expliquer ce phénomène, puisque comme l'indique Ferenczi (1985), lorsque les défenses du sujet qui est agressé sont débordées, celui-ci se laisse aller à son destin et se retire hors de lui-même, comme s'il devenait spectateur de cet événement à distance. Cela pourrait effectivement expliquer la difficulté pour Monsieur C. à relier son psychisme à son corps, ses émotions à ses éprouvés corporels, et donc son alexithymie. En se retirant de la scène traumatisante, Monsieur C. semble s'être détaché de ses ressentis, provoquant ainsi une incapacité à les verbaliser par les voies langagières. D'autre part, Romano (2013) indique que l'événement traumatisant induit une confusion vis-à-vis des images parentales. En effet, le père n'endosserait alors plus son rôle de protecteur et de représentant de la loi. Le père de Monsieur C. étant absent au moment des faits, le jeune adolescent n'a pas pu se réfugier sous la protection et puissance paternelle. L'imago paternelle à laquelle Monsieur C. pouvait s'identifier étant déjà fragile, qu'en est-il advenu suite à cet événement effractant ? Comment se construire une identité assurée et inébranlable sans pouvoir se référer à une image paternelle du même ordre ? En vue des carences et du traumatisme ayant brisés le sentiment d'unité de Monsieur C., nous pouvons nous interroger sur la façon dont celui-ci a pu se construire un sentiment d'identité suffisamment fiable et solide pour affronter les difficultés intrinsèques à sa future vie d'adulte.

3) De la perte au deuil impossible

En effet, Monsieur C. s'est vu contraint d'affronter une épreuve des plus irreprésentables ; la perte d'un enfant. Le décès de son propre enfant est d'hors et déjà une expérience traumatisante difficilement élaborable pour un sujet tout venant. Alors qu'en est-il pour un adulte comme Monsieur C., avec des assises identitaires et des moyens de défenses fragilisées ? Selon Freud (1917), « le deuil est, d'ordinaire, la réaction à la perte d'un être aimé, ou bien d'une abstraction qui lui est substituée » (p.45). Monsieur C. s'est donc trouvé confronté à la perte de son fils, ne parvenant pas par la suite à établir un deuil dit « normal ».

Monsieur C. semble davantage avoir vécu un deuil considéré comme « inhibé » au sens de Bourgeois (2003). En effet, Monsieur C. s'est trouvé dans l'impossibilité d'exprimer son chagrin et d'extérioriser ses affects, ne s'étant jamais laissé aller à pleurer. Verbaliser cette perte d'objet d'amour semble particulièrement pénible, y compris auprès de son épouse. Monsieur C. semble donc avoir inhibé sa souffrance et son chagrin. A ce propos, Alexander et Isaacs (1963), cités par Bergeret (1975) opposent ce qu'ils nomment un deuil banal, où la personne accepte la perte de l'objet d'amour par intégration des lois de la réalité, à un mouvement dépressif, notamment observable chez Monsieur C.. Dans ce mouvement dépressif, l'incapacité d'un adulte à intégrer une perte objectale s'expliquerait par le fait de n'avoir jamais été habitué à être consolé dans son enfance. Monsieur C. ayant eu une enfance carencée et ayant eu à supporter un traumatisme narcissique à la fin de la période de latence, n'était supposément pas suffisamment armé pour affronter le tel choc que représente la perte d'un enfant. Ainsi, suite à ce deuil impossible à élaborer, Monsieur C. a pu exprimer avoir ressenti une certaine fragilité vis-à-vis de l'alcool, expliquant avoir augmenté ses consommations pendant un temps, puis avoir finalement été inquiet à l'idée de sombrer dans l'alcoolisme. En outre, plusieurs auteurs et notamment Pirlot (2009) ont avancé le fait que le comportement addictif pourrait avoir pour fonction de « gommer l'échec de l'introjection et le deuil de l'objet » (p. 74). En ce sens, Pirlot rejoint Perrier (1982) qui considérait que l'alcool pouvait être ingurgité pour « pasteuriser la plaie interne » (p. 77). Ainsi, à défaut d'avoir pu effectuer son deuil de manière ordinaire, Monsieur C. a pu être conduit à augmenter ses consommations d'alcool pour soigner cette douleur impossible à métaboliser. A défaut d'avoir pu verbaliser son chagrin, Monsieur C. a cautérisé sa douleur par le biais de l'alcool. Nous pouvons alors considérer que cela représentait une tentative d'introjection de cette perte, à laquelle Monsieur C. n'est finalement pas parvenue.

B) L'aménagement psychique de Monsieur C.

1) Entre écroulement dépressif et effondrement anaclitique

Bergeret (1975) indique que la poussée dépressive peut être en lien avec la survenue d'un traumatisme affectif tardif, qui réveille un traumatisme précoce non intériorisé et non métabolisé. Dans le cas de Monsieur C., nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que l'effondrement dépressif est apparu en réaction au décès de son fils, constituant un traumatisme affectif tardif. Ce second traumatisme aurait ainsi ravivé la blessure narcissique intérieure induite par les attouchements subis à l'adolescence, traumatisme précoce non

cicatrisé. Romano (2013) rejoint cette perspective et signale que la blessure traumatique laisse une trace à l'état primitif, susceptible d'être réactivée lors d'épisodes déstructurant psychiquement. Les attouchements subis par Monsieur C. auraient donc laissé une trace psychique non symbolisée, jusqu'alors enfouie, puis ressuscitée lors de la perte de son fils, ces deux événements engendrant l'évolution d'un symptôme dépressif chez Monsieur C.. D'autre part, Chabert (2009), pointe que la dépression et notamment l'affect dépressif sont liés à une perte d'objet ayant due être surmontée dans une douloureuse séparation, celle-ci n'ayant ainsi jamais été entièrement guérie et cicatrisée. Ici, nous observons que la perte de son fils pour Monsieur C. a effectivement eu lieu dans une séparation contrainte, d'autant plus irreprésentable. Par ailleurs, nous pouvons de plus supposer que le traumatisme vécu à l'adolescence ait engendré une séparation psychique et inconsciente de Monsieur C. d'avec sa mère, difficilement métabolisable. Dépressif et alcoolique, Monsieur C. a d'autre part tenté de se suicider à deux reprises. A ce propos, Bergeret (1975) expose le fait qu'une tentative de suicide puisse être considérée comme directement adressée à l'objet extérieur, cause de la souffrance interne, afin d'échapper aux mouvements agressifs et aux conflits intrapsychiques du sujet lui-même. Ainsi, nous pourrions présupposer que les tentatives de suicides effectuées par Monsieur C. représentaient une échappatoire, à la douleur induite par le décès de son fils, mais également aux éprouvés négatifs voire agressifs que Monsieur C. pouvait ressentir à son sujet, en lien avec des sentiments de honte et de culpabilité très prégnants. En effet, Monsieur C. s'est senti démunir suite au décès de son fils, n'ayant pu agir pour empêcher cette séparation inéluctable.

De plus, nous pouvons également supposer que dans le cas de Monsieur C. l'effondrement dépressif ait davantage eu lieu dans une dimension anaclitique. En effet, Descombey (2004b) considère que dans l'alcoolisme, il ne s'agit pas de dépression mais plutôt d'effondrement anaclitique. L'alcool permettrait en fait d'échapper à la dépression, à l'image d'un « vaccin préventif » (Descombey, 2004b, p. 567). Cette conception coïnciderait avec la situation de Monsieur C., dans le sens où ce patient a effectivement du se construire en l'absence d'étayage maternel. En effet, le terme « anaclitique » présuppose le fait d'avoir besoin de s'appuyer en permanence sur un objet, d'être dans une relation d'objet du côté de la dépendance, à l'image du nourrisson avec sa mère. Ainsi, l'objet viendrait combler le vide et soutenir l'identité du sujet. En ce sens, Bergeret (1975) indique qu'un sujet développant une dépendance anaclitique a besoin de l'autre pour parvenir à une complétude narcissique, dans une tentative de réparation d'une blessure narcissique primaire, jusqu'alors ni acceptée ni

cicatrisée. Ici, nous pourrions alors supposer que la dépendance à l'alcool de Monsieur C. se situerait du côté d'une dépendance anaclitique, afin d'éviter l'effondrement dépressif. L'alcool, dans sa fonction anaclitique, serait présent dans une promesse de réparation et de finitude, à la fois narcissiques et identitaires.

2) De la lutte contre la dépression à l'aménagement limite

Concernant le fonctionnement psychique de Monsieur C., celui-ci présente des concordances avec un aménagement dit « état-limite », tel qu'il est présenté par plusieurs auteurs. En effet, Bergeret (1970), cité par Chabert (2009), considère que l'existence d'un aménagement état-limite est liée au narcissisme et notamment à un traumatisme désorganisateur. Ainsi, pour résister à une menace dépressive et à une angoisse de perte d'objet, le Moi du sujet se cliverait en deux parties : l'une adaptative et l'autre anaclitique. Monsieur C. présente effectivement d'une dépendance anaclitique, mais peut également se montrer adapté au monde extérieur d'un point de vue comportemental. De surcroît, Bergeret (1975) mentionne également qu'une toxicité de l'environnement ainsi qu'une relation parentale insuffisamment impactante affectivement peuvent être à l'origine du développement d'un fonctionnement psychique dit limite par la suite. De ce fait, nous pourrions supposer que l'environnement familial de Monsieur C. ne s'étant pas avéré métabolisant pour aboutir à une complétude narcissique, celui-ci n'ait pas pu développer un mode de relation et de défenses définitif stable et constant. Pirlot (2009) partage cette conception, considérant lui-même que la nature pathogène de la relation aux figures parentales est prépondérante dans l'histoire des adultes état-limites, et notamment les personnes souffrant d'addictions. Pirlot (2009) démontre par ailleurs que la tendance aux conduites addictives des personnalités limites s'explique par l'impossibilité à tolérer et à symboliser l'absence ou le manque. Cet auteur montre également que les repères structuraux essentiels au bon développement psychique, tels que les complexes de castration et d'Œdipe ainsi que les fantasmes originaires, sont attaqués. En effet, ces sujets ayant vécu des traumatismes divers, ne sont pas en mesure d'accepter et de symboliser une blessure objectale, notamment en lien avec la perte d'un objet d'amour. D'autre part, selon Bergeret (1975), la dépendance anaclitique constituerait le mode de relation propre aux états-limites dépressifs. Cette relation d'objet renverrait à une angoisse d'abandon ainsi qu'à un intense besoin de réparation. De ce fait, nous pouvons observer dans le cas de Monsieur C. que celui-ci a effectivement pu se sentir abandonné à plusieurs reprises par son père mais également par sa mère après les actes commis, ce qui a pu susciter une

angoisse d'abandon, ou tout du moins de perte d'objet. Etant donné le caractère pathogène des liens parentaux de Monsieur C. et de la douleur induite par la perte de son fils, la volonté et le besoin de réparation sont par ce fait indéniables chez ce patient. En outre, une personnalité limite aurait un besoin d'agir sur la réalité extérieure, afin de pallier aux défaillances internes et donc au risque dépressif. Ainsi, la consommation du produit consisterait en une protection narcissique, afin de colmater la blessure interne. D'autre part, le sujet limite présente également un besoin ardent d'estime et d'affection, ceci facilitant l'instauration de relations, notamment avec des objets « ressentis comme rassurants et gratifiants » (Bergeret, 1975, p.91).

3) Le besoin de gratification, en lien avec la potentialité dépressive du passage à la retraite

Cet aspect de l'aménagement psychique dit limite est notamment repérable dans l'attitude de Monsieur C. au sein du centre et du groupe de patients. En effet, Monsieur C. a été le doyen du groupe tout au long de son séjour, ce qu'il ne manquait jamais de souligner. Monsieur C. semblait effectivement particulièrement apprécier d'être valorisé par l'ensemble des patients. Ces relations avaient donc un caractère gratifiant pour lui, l'amenant à accroître son estime de lui de semaine en semaine, malgré le caractère superficiel de la plupart de ces relations. Ce besoin d'estime et de valorisation pourrait être expliqué par la nature de son aménagement psychique mais également par la fragilité de ses assises identitaires et la non-constitution d'un narcissisme unificateur, suite à son enfance carencée, ainsi qu'avec le passage à la retraite. En effet, Talpin (2013) indique que la retraite est le changement social le plus considérable, ce changement de statut entraînant une « réelle déstabilisation psychosomatique » (p.66). L'emploi représente effectivement un repère dans la temporalité et dans l'organisation, ce qui demande au sujet retraité d'effectuer un travail psychique pour investir son temps autrement. Talpin (2013) précise à ce sujet que le temps libre offert par la retraite peut rapidement devenir angoissant lorsqu'il est entièrement vide, à l'instar de ce que Monsieur C. a pu éprouver lors de son propre passage à la retraite. Monsieur C. a effectivement rapidement ressenti l'ennui, accru des désillusions liées à l'insuffisance de ses moyens financiers. Talpin (2013) indique par ailleurs que « le moment de la retraite comporte une potentialité dépressogène puisque, avec la perte de cet objet d'investissement qu'était le travail, elle peut venir questionner à nouveaux frais le sens de la vie » (p. 68). Dans le cas de Monsieur C., nous pouvons effectivement observer que celui-ci a vu augmenter ses

consommations d'alcool au passage à la retraite, en lien avec un ennui et une absence d'envie à faire, dans un mouvement dépressif. Comme le mentionne Talpin (2013), le travail englobe une fonction rémunératrice sur un plan financier mais également sur un plan narcissique. En effet, la retraite est fréquemment ressentie comme une perte de place, voire d'utilité, et donc de reconnaissance. Afin d'élaborer ce travail de deuil quant à la place érigée par l'emploi, le sujet devra déplacer ses investissements, afin que ces derniers conservent un caractère narcississant. Par là même, nous pourrions supposer que Monsieur C. tenait à sa place de doyen au sein du groupe de patients parce que celle-ci lui apportait une certaine reconnaissance, notamment à travers ses témoignages et son partage d'expériences. Lors de sa sortie, Monsieur C. évoquait par ailleurs le désir de s'investir dans une activité bénévole, ainsi que dans un mouvement d'entraide pour malades alcooliques. Ces projets pourraient d'autre part évoquer une certaine capacité de sublimation, à l'image de ses créations lors des ateliers thérapeutiques, permettant à Monsieur C. de réparer ses blessures internes et de se constituer un narcissisme plus solide. En effet, « penser que sa vie a un sens participe à l'estime que le Moi peut se porter à lui-même » (Talpin, 2013, p.48), et apporter son aide et son savoir aux autres pourrait faire renaître un sentiment d'utilité et redonner un sens à la vie, ce que Monsieur C. avait préalablement perdu lors du décès de son fils. D'autre part, le vieillissement a inéluctablement une valeur traumatique puisqu'il nécessite, inconsciemment, de faire un point sur sa vie, et de faire le deuil de l'idéal du Moi. Lorsque la réalité ne se présente pas comme conforme aux attentes de l'idéal du Moi, cela peut présenter un caractère pathogène et par conséquent une menace dépressive pour le sujet. De cette façon, nous pourrions supposer que le bilan dressé par Monsieur C. fut décevant voire destructeur étant donné les traumatismes vécus, et que la conduite addictive et les tentatives de suicide seraient apparues comme des mouvements quasiment ordaliques, avec l'envie de maîtriser un aspect de son histoire et de défier la mort, quels qu'en soient les risques. A contrario, l'alcoolisme de Monsieur C. pourrait également être considéré sous un aspect davantage fataliste et résigné, avec l'idée de laisser faire le destin, le passé étant si complexe à intérioriser et à historiser. Ainsi, l'ivresse des vieillards évoquée par Menercier (2010), n'aurait qu'un objectif d'évasion, dans une idée de délectation apaisante, ce qui expliquerait les consommations parfois moins massives des sujets plus âgés, ces derniers cherchant principalement à « ressentir les effets psychoactifs du produit, ressentir l'ivresse » (Menercier, 2010, p.126).

C) Le recours à l'alcool pour Monsieur C.

Jusqu'alors, nous avons pu lier l'alcoolisme de Monsieur C. à divers traumatismes narcissiques liés à son enfance. Nous avons de plus observé la dépression dont souffre Monsieur C., notamment suite au décès de son fils et à son passage à la retraite. La visée de cette troisième et dernière partie sera donc de réfléchir aux fonctions que vient occuper l'alcool pour Monsieur C., en lien notamment avec l'hypothèse d'un fantasme d'incorporation.

1) Le fantasme d'incorporation

En effet, à la suite d'un deuil ou d'un traumatisme, le psychisme doit pouvoir introjecter l'événement traumatisant en question, c'est-à-dire l'élaborer et permettre au sujet de se l'approprier. Or, l'élaboration et l'appropriation des différentes expériences traumatisantes vécues par Monsieur C. semblent impossibles pour celui-ci ; l'on assiste donc à un échec de l'introjection. Tisseron (1995) évoque à ce sujet « un travail de fantôme » (p.103). Par cela, l'auteur suggère que la dépendance à un produit psychoactif serait une tentative d'auto-guérison de souffrances irreprésentables. Tisseron écrit « la dépendance à un produit renvoie à la dépendance psychique à l'imago parentale ou grand-parentale endommagée que soigne le fantôme » (1995, p.103). En ce sens, nous pourrions ainsi supposer que par l'incorporation d'alcool, Monsieur C. incorpore finalement les fantômes de sa mère et de son fils, dans une tentative de réparation et de résolution des traumatismes et affects insoutenables. Avant lui, Abraham et Torok (1987) ont également mis en avant le concept d'un fantasme d'incorporation, conséquemment à une perte subie par le psychisme et donc à une introjection ratée. En effet, ces auteurs insistent sur le fait que le fantasme d'incorporation traduirait « une lacune dans le psychisme, un manque à l'endroit précis où une introjection aurait du avoir lieu » (Abraham et Torok, 1987, p.261). Pour eux, l'échec de l'introjection s'explique par le caractère soudain de la perte d'un objet qui s'avère de plus narcissiquement indispensable. Ainsi, absorber l'objet manquant sous forme de nourriture illusoire – ici l'alcool – revient à refuser le deuil et ses conséquences, à l'instar de Monsieur C. suite à la perte de son fils. En outre, Abraham et Torok (1987) indiquent que le fantasme d'incorporation tient lieu lorsque la bouche elle-même ne peut énoncer certaines phrases ; à défaut de pouvoir exprimer sa peine, le sujet incorporera la chose elle-même, sous une forme métaphorique. Dans le cas de Monsieur C., il s'agit d'ingurgiter de l'alcool pour ne pas avaler

et digérer la perte. Le fantasme d'incorporation réside finalement dans le fait d'incorporer ce qui a été soudainement perdu, sous la forme d'un objet, en dépit de pouvoir accepter et introjecter cette perte. Cette incorporation aura par ailleurs l'effet de donner l'illusion au sujet d'avoir comblé le besoin d'expression de sa souffrance, et donc le besoin d'introjection. Finalement, le fantasme d'incorporation à l'œuvre chez Monsieur C. résiderait dans le fait de consommer de l'alcool pour intérioriser la perte et les affects négatifs qui en découlent, comme si « toutes les larmes qui n'auront pu être versées, seront avalées, en même temps que le traumatisme, cause de la perte » (Abraham et Torok, 1987, p.266). Pirlot (2009) aborde également le concept d'incorporation de l'objet perdu sous l'angle d'un mode de réparation narcissique. La pratique incorporatrice viendrait compenser l'impossibilité d'introjecter l'objet perdu, ceci empêchant alors tout recours aux mots et au travail de penser. Dans la situation de Monsieur C., nous observons effectivement que l'alcool est venu combler l'impossibilité d'exprimer ses affects et donc d'entamer le travail de deuil nécessaire à l'élaboration de la perte. D'autre part, Pirlot (2009) évoque le fait que la dépendance à un produit représenterait, dans un mouvement régressif, une tentative pour retrouver l'objet primaire des premiers temps de la vie. Selon cette perspective, nous pourrions également faire l'hypothèse qu'à travers sa dépendance à l'alcool, Monsieur C. tenterait de renouer avec une dépendance primaire présente dans la relation à la mère pendant l'enfance, ou compenserait justement la défaillance de cette relation de non-différenciation, avec l'alcool. Dans cette même perspective de retrouver le lien à la mère, Kaës (1993) indique « le symptôme permet de retrouver par identification le lien avec la personne aimée » (p.49). Monsieur C., en répétant l'alcoolisme de sa mère, essaierait de retrouver le lien perdu avec l'imago maternelle, dans un mouvement qui pourrait être interprété comme une tentative de refiliation.

2) Entre honte et culpabilité, boire pour ne plus éprouver

En parallèle du fantasme d'incorporation comme tentative de résolution de la perte chez Monsieur C., l'alcool semble également avoir eu pour fonction d'incorporer et d'intérioriser toutes les perceptions négatives et intolérables ressenties. En effet, Monsieur C. a gardé sous silence les attouchements qu'il avait subis pendant des dizaines d'années, par peur des conséquences sur sa famille, et donc par culpabilité et honte. A ce propos, Ciccone (2008) suggère que le fait de ne pas révéler un traumatisme narcissique dont les parents sont les coupables, viendrait témoigner d'un lien encore présent à ces derniers. Ici, l'on pourrait ainsi supposer que le fait de ne pas avoir révélé ces attouchements constituait un moyen pour

Monsieur C. de conserver un lien à la mère, et notamment avec une image de celle-ci idéalisée, dans un mécanisme apparenté au refoulement. Pour Monsieur C., le mécanisme de défense que représente le refoulement semble également passer par un enfouissement et un gel des affects. Effectivement, Monsieur C. indique n'avoir jamais pleuré suite au décès de son fils, et n'avoir jamais pu exprimé son chagrin, tout comme sa souffrance suite aux attouchements de sa mère. En lien avec l'enfance carencée de Monsieur C. et le manque d'affection reçue, nous pouvons par conséquent avancer l'idée que cet enfouissement des affects serait en fait une manière de se protéger de la menace d'anéantissement. Monsieur C. ayant été atteint dans sa vulnérabilité de jeune adolescent, nous pouvons imaginer que se construire une forteresse psychique ait été une solution pour résister aux expériences traumatisques ainsi qu'aux mouvements d'affects et d'angoisses qui en ont découlés. De plus, si la notion de honte est très présente dans le discours de Monsieur C., nous pouvons également supposer que ceci puisse être lié à un environnement insuffisamment bon. En effet, « dans la honte, le Moi n'est pas fautif mais indigne » (Ciccone, 2008, p.7). Par cela, nous pouvons ainsi admettre l'hypothèse que Monsieur C. ayant évolué dans un environnement peu rassurant sur un plan narcissique et identitaire, ait pu développé une estime de lui-même peu soutenue, et par conséquent un sentiment de honte quant à sa propre image. Pour palier à ce sentiment de honte, la forteresse psychique présente chez Monsieur C. semble avoir été solidifiée par la présence de l'alcool. En effet, selon Pirlot (2009), la conduite addictive serait en fait une solution pour gérer l'affect particulier de la culpabilité inconsciente, irreprésentable pour l'appareil psychique. Ainsi, Monsieur C., dans sa tentative d'être coupé de ses émotions, n'aurait pu affronter l'omniprésence du sentiment de culpabilité, et aurait ainsi trouvé, à travers la consommation d'alcool, un apaisement de celui-ci. De plus, nous pouvons supposer que, en dépit de pouvoir verbaliser le traumatisme, le comportement addictif viendrait suturer la blessure narcissique engendrée par les différents traumatismes vécus. Par là même, les conduites addictives amèneraient le sujet à se ressentir comme « l'acteur d'un mouvement d'effraction corporelle par la mise en lui d'un corps étranger » (Pirlot, 2009, p.75). Ainsi, Monsieur C. tenterait de retrouver un sentiment de maîtrise par le biais de ses alcoolisations, en contrôlant les effets de celles-ci sur son corps et sur son psychisme, la visée recherchée étant ici l'apaisement et l'oubli.

3) Lutter contre le vécu dépressif et l'angoisse de perte d'objet

Au-delà de se protéger contre des conflits intrapsychiques, le recours à l'alcool pourrait également permettre un effacement du monde extérieur, de ce qui ne peut être représenté (Monjauze, 1991). Dans ce sens, seule la sensation produite par le produit psychoactif a son utilité, celle d'une protection, y compris contre un anéantissement dépressif et une angoisse de perte d'objet. A ce propos, nous pouvons par ailleurs constater que la peau des sujets alcooliques a tendance à s'épaissir, comme si l'enveloppe corporelle qui protège de l'extérieur s'épaississait aussi. De plus, Mc Dougall (1996), citée par Chabert (2009), considère l'alcool non pas comme un objet transitionnel mais transitoire, prenant alors la fonction maternelle primaire qui s'est avérée manquante, tout en protégeant le sujet d'affects menaçants et souvent dépressifs. Cette conception, reliée au cas de Monsieur C., montre combien le traumatisme narcissique qu'il a vécu a pu influencer sa dépendance à l'alcool, celle-ci permettant par la suite de lutter contre la dépression. D'autre part, nous pouvons également faire l'hypothèse que les expériences répétées de séparation et de perte vécues par Monsieur C. ont pu faire émerger une angoisse de perte d'objet, contre laquelle l'alcool viendrait tenter de lutter. En outre, Fedida (2001) affirme que, dans la dépression, une mise en acte compulsive viendrait traduire pour le sujet la tentative d'échapper à une angoisse terrifiante. Ainsi, cette mise en acte compulsive dont parle l'auteur serait ici le besoin compulsif de consommer de l'alcool pour Monsieur C., dans une visée anxiolytique, pour résister à une angoisse de perte. En lien avec cette angoisse, les consommations d'alcool de Monsieur C. pourraient également être considérées comme un moyen de remplir un vide et de combler un manque. D'autre part, nous abordions précédemment l'enfance carencée qui avait pu amener Monsieur C. à développer une estime de soi pauvre. Mc Dougall (1996), citée par Chabert (2009), indique à ce propos que l'alcool peut également assurer une fonction de colmatage, avec pour but de réparer l'image endommagée du sujet, tout en maintenant l'illusion d'un contrôle omnipotent. Ainsi, la consommation d'alcool contribuerait à lutter contre un sentiment de vide affectif, l'incorporation d'un objet extérieur venant restaurer le sujet sur un plan narcissique et pulsionnel. A défaut de pouvoir retrouver son fils perdu, Monsieur C. incorporerait un objet qui pourrait être retrouvé dans le monde extérieur, comme dans une visée de substitution. Malgré ce qui est mis en avant par de nombreux auteurs concernant le fait que la conduite addictive puisse permettre de ressentir un sentiment de maîtrise, il ne faut cependant pas nier l'assujettissement que la dépendance, à un produit ou non, peut faire émerger. En effet, le sujet souffrant d'une addiction quelle qu'elle soit se

retrouve soumis et contraint au comportement addictif, à l'image de Fouquet (1950), cité par Menercier (2010), qui considérait l'alcoolo-dépendance comme « la perte de la liberté de s'abstenir de boire ». Ainsi, nous pouvons nous interroger sur le rôle de la dépression dans l'émergence de l'alcoolisme, et inversement, l'influence de l'alcoolisme dans la permanence de la dépression.

Synthèse

Avec les différents apports théoriques mentionnés préalablement, nous avons tenté de répondre à la problématique de Monsieur C. Ainsi, nous pouvons observer que l'enfance carencée et le traumatisme narcissique de Monsieur C. ont pu être des éléments entravant la construction d'un narcissisme suffisamment solide et réassurant, notamment pour affronter les difficultés inhérentes à la vie, et en particulier la perte de son fils. Ce deuil pathologique et inhibé semblerait par ailleurs avoir conduit Monsieur C. à souffrir de symptômes dépressifs, dans un contexte de dépendance anaclitique. Ces hypothèses et les divers éléments cliniques recueillis lors des entretiens nous amènent d'autre part à présupposer un aménagement psychique considéré comme limite chez Monsieur C., en lien avec une impossibilité à symboliser l'absence. Cela nous interroge également sur le besoin prépondérant de valorisation à l'œuvre chez Monsieur C., étant devenu de plus en plus prégnant lors de son passage à la retraite, période synonyme de perte de reconnaissance sociale. En outre, nous avons également pu réfléchir à la fonction de l'alcool dans le vécu de Monsieur C., et particulièrement dans sa lutte contre la dépression et contre des traumatismes semblant impossibles à métaboliser. Ainsi, nous avons pu mettre en avant la présence d'un fantasme d'incorporation dans le fonctionnement de Monsieur C., lié au raté de l'introjection de la perte de son fils, et à une impossibilité à verbaliser sa peine. Les sentiments de honte et de culpabilité acculant Monsieur C. au silence pendant plusieurs décennies sembleraient également avoir leur importance dans le développement de l'alcoolisme de celui-ci. Enfin, il mérite de porter notre attention sur l'angoisse de perte d'objet jouant un rôle dans la dépression de Monsieur C., le recours à l'alcool traduisant une tentative d'échapper à cette angoisse, dans une fonction de colmatage. Cette troisième et dernière partie s'achève par ailleurs sur une réflexion autour de l'influence réciproque entre dépression et alcoolisme, les deux semblant indéniablement liés, bien qu'il reste ardu d'identifier l'incidence de l'un sur l'autre.

Conclusion

A travers les différents éléments cliniques recueillis lors des entretiens et des apports théoriques obtenus à travers mes lectures, j'ai tenté de répondre à la problématique psychique présente chez Monsieur C., en tentant de lier sa problématique alcoolique à ses différentes expériences traumatisques. Il m'est complexe d'achever ce travail de recherche, tant d'autres aspects de la situation de Monsieur C. auraient pu être abordés. En effet, les entretiens avec Monsieur C. ont également portés sur les difficultés rencontrées par ce patient lors des séances de sophrologie. Il aurait donc été pertinent d'étudier le rapport entre ses difficultés et son rapport au corps, en lien avec l'expérience traumatisante vécue à l'adolescence.

D'autre part, si j'ai envisagé un aménagement de type limite chez Monsieur C., certains aspects de sa personnalité ne correspondent pas à la définition d'une personne état-limite telle que cela est décrit par des auteurs comme Bergeret et Pirlot. Il me semble important d'être en mesure de pouvoir parfois se décaler de la théorie afin de penser le cas comme un individu à part entière et non à considérer selon une entité nosographique. Par ailleurs, mon travail de recherche aurait pu être axé autour d'une autre réflexion ; celle du rôle de l'alcoolisme dans la permanence du symptôme dépressif, et non plus l'inverse. En effet, le lien entre addiction et dépression est souvent abordé sous cet angle, or il semble indéniable que les deux pathologies fonctionnent finalement de manière intriquée. De plus, j'ai fais l'hypothèse d'un fantasme d'incorporation à l'œuvre chez Monsieur C., mais il aurait également été congruent de réfléchir à l'incidence de la transmission psychique, en supposant une tentative de refiliation de Monsieur C. à sa mère, par le biais de l'alcoolisme.

Enfin, rédiger ce travail s'est avéré être très enrichissant d'un point de vue théorique et intellectuel. L'élaboration de ce travail m'a menée à prolonger mes interrogations quant au cas de Monsieur C. mais également quant à l'alcoolisme et aux addictions de manière plus générale, ceci s'étant révélé être un domaine où j'ai apprécié être en stage. Avoir réalisé ce mémoire n'a que davantage confirmé mon souhait d'évoluer professionnellement dans ce champ d'exercice, avec la volonté de toujours nourrir ma réflexion.

Bibliographie

Ouvrages :

Abraham N. **et al.**, (1987), *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion, (1996).

Bergeret J. (1975), *La dépression et les états-limites*, Paris, Editions Payot, (1992).

Bourgeois M-L. (1996), *Le deuil, clinique et pathologie*, Paris, Presses Universitaires de France.

Bourgeois M-L. (2003), *Deuil normal et deuil pathologique*, Reuil-Malmaison, Groupe Liaisons SA.

Chabert C. (2009), *Narcissisme et dépression – Traité de psychopathologie de l'adulte*, Paris, Dunod.

Ciccone A. **et al.** (2008), *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod.

Fédida P. (2001), *Les bienfaits de la dépression*, Paris, Odile Jacob, (2003).

Ferenczi S. (1985), *Journal clinique*, Paris, Payot & Rivages, (2014).

Freud S. (1917), *Deuil et mélancolie*, Paris, Editions Payot et Rivages, (2010).

Gomez H. (1997), *Soigner l'alcoolique*, Paris, Dunod.

Gutton P. (1991), *Le pubertaire*, Paris, PUF, (2012).

Kaës R. **et al.** (1993), *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.

Lemay M. (1979), *J'ai mal à ma mère*, Paris, Fleurus, (1993).

Menercier P. (2010), *Les aînés et l'alcool*, Toulouse, Editions Eres.

Monjauze M. (1991), *La problématique alcoolique*, Paris, In Press, (2008).

Perrier F. (1982), *L'alcool au singulier. L'eau de feu et la libido.*, Paris, InterEditions.

Pirlot G. (2009), *Psychanalyse des addictions*, Paris, Armand Colin.

Romano H. et al. (2013), *L'enfant face au traumatisme*, Paris, Dunod.

Talpin J-M. (2013), *Psychopathologie du vieillissement normal et pathologique*, Malakoff, Armand Colin, (2017).

Tisseron S. et al. (1995), *Le psychisme à l'épreuve des générations. Clinique du fantôme*, Paris, Dunod, (2004).

Varescon I. (2005), *Psychopathologie des conduites addictives : alcoolisme et toxicomanie*, Paris, Belin SUP.

Winnicott D.W. (1965), *La famille suffisamment bonne*, Paris, Payot, (2014).

Winnicott D.W. (1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, (2006).

Articles :

Descombez J-P. (2001), « Actualité de l'alcoolisme ? », **in** *Le Carnet Psy*, n°61, pp. 15-16.

Descombez J-P. (2004), « L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ? », **in** *Revue française de psychanalyse*, vol.68, pp. 561-579.

Descombez J-P. (2004), « L'humanité des alcooliques. De l'exclusion à la prise en considération de leur humanité. », **in** *VST – Vie sociale et traitements*, n°83, pp. 70-73.

Descombez J-P. (2009), « Thanatol », **in** *Topique*, n°106, pp. 163-170.

Ego S. (2011), « Présentation de l'ouvrage de François Perrier. L'alcool au singulier, l'eau de feu et la libido. », in *Savoirs et clinique*, n°13, pp. 99-105.

Guyotat J. (2005), « Traumatisme et lien de filiation », in *Dialogue*, n°168, pp. 15-24.

Roussillon R. (2010), « Précarité et vulnérabilité identitaires à l'adolescence », in *Adolescence*, vol.2, n°28, pp. 241-252.

Zaltzman N. (2001), « La mort dans l'âme », in *Topique*, n°74, pp. 57-68.

Zaltzman N. (2007), « Une volonté de mort », in *Topique*, n°100, pp. 85-102.