

Genèse de l'addiction

L'approche dialectique entre dimensions psychique et neurobiologique de l'addiction que je souhaite tenter nécessite d'exposer les théories sur lesquelles je compte m'appuyer au départ dans ces deux domaines.

En ce qui concerne l'aspect psychologique du processus addictif, seule la psychopathologie psychodynamique permet de dépasser la simple description phénoménologique. C'est donc dans le corpus des auteurs se référant explicitement ou implicitement à la métapsychologie que je puiserai les éléments susceptibles d'aider à la compréhension du fonctionnement addictif.

Pour l'aspect biologique, la littérature scientifique étant très majoritairement écrite en anglais, j'utiliserai les articles disponibles sur la base de données PubMed (National Institutes of Health, USA) fortement empreinte de la pensée médicale nord-américaine, mais avec des apports européens et japonais importants.

En premier lieu, la dépendance pathologique n'étant pas le destin inéluctable de ceux qui consomment des drogues (Charles-Nicolas et al. 2003), les conduites addictives peuvent être considérées comme l'expression de vulnérabilités d'ordre psychique et/ou biologique. Cette observation, relevée à la fois dans les champs clinique et épidémiologique, conduit donc à formuler une hypothèse de la genèse de l'addiction centrée sur l'individu (Swendsen and Le Moal, 2011) : seuls les sujets vulnérables seront pris dans une compulsion de répétition de leur consommation les conduisant inéluctablement à la dépendance aux drogues. Il nous faut donc explorer quels types de vulnérabilités potentielles pourraient être en cause.

2.1. Vulnérabilité narcissique

Bien que les patients dépendants consomment des drogues avec des motivations explicites très diverses, on peut s'interroger sur les facteurs communs de vulnérabilité psychique qui les font basculer d'une consommation récréative à une consommation compulsive. Dans la littérature, ce qui est retrouvé avec le plus de constance est l'évocation d'une vulnérabilité narcissique ; mes propres observations cliniques, quant à la fréquence des

souffrances narcissiques-identitaires chez les patients toxicomanes que je rencontre, corroborent ce premier énoncé.

2.1.1. Narcissisme et addiction

Dès 1933, Rado avance que la toxicomanie est un "*désordre narcissique*" qui trouve son origine dans une dépression préexistante, laquelle sensibilise le malade aux effets plaisant et euphorique des drogues. Plus récemment, Bergeret (1982) met en avant "*l'angoisse d'insuffisance narcissique*" qui porte certains dépressifs "*à investir un toxique comme une véritable potion magique destinée à leur permettre de dominer le monde*"¹⁷, c'est-à-dire de restaurer leur sentiment de toute-puissance infantile ou même de l'instaurer lorsqu'ils n'ont pas pu en avoir l'illusion dans l'enfance.

Pour Le Poulichet (1987), "*les toxicomanies [...] s'ordonnent dans le registre d'une radicale suppléance narcissique. [...] Il faut sans cesse suppléer la défaillance d'une instance symbolique.*" C'est sans doute, le moyen qu'il trouve pour suppléer à une défaillance de l'Autre en tant que tiers. Elle distingue d'autres configurations telles que des formations de prothèses narcissiques, des suppléments qui viennent soutenir l'image narcissique. "*Ce supplément tente de pourvoir à la discordance entre une image réelle et une image idéale, de déterminer une posture où s'ajuste une image narcissique.*"

Dodes (1996), s'appuyant sur les théories de Kohut (1971), suggère que les sujets susceptibles de s'engager dans une addiction ont une vulnérabilité narcissique se manifestant par une sensibilité pathologique aux états subjectifs de détresse. Il observe que les expériences traumatiques sont capables de déclencher une rage narcissique mise en acte dans la conduite addictive, représentant une tentative du sujet de reconquérir sa maîtrise interne.

Enfin, pour Jeammet (2000), "*l'équilibre narcissique de ces sujets demeure largement dépendant de la réalité de leurs relations [aux objets], de leur qualité et de leur permanence*"¹⁸.

De plus, du point de vue structural, la majorité des auteurs s'accordent pour penser que les conduites addictives n'ont pas de spécificité (Bergeret, 1982 ; Jeammet, 2000 ; Corcos, 2004). Ce dernier propose que "*Les conduites addictives, comme toutes les conduites agies,*

¹⁷ Bergeret J., Toxicomanie et personnalité, p. 41.

¹⁸ Jeammet P., Les conduites addictives : un pansement pour la psyché, p. 96.

reflètent l'instabilité de l'organisation psychique sous-jacente. Leur apparition ne signe pas en elle-même la présence d'une structure psychique particulière ; par contre, elle nous semble nécessairement témoigner d'une vulnérabilité de la personnalité et d'une instabilité de son fonctionnement mental qui sont à la fois suffisamment spécifiques pour être une condition nécessaire au surgissement de telles conduites, mais pas assez pour que celles-ci soient une réponse inévitable et même la seule possible."¹⁹

En résumé, une souffrance narcissique, associée à une défaillance d'étayage externe, constituerait un risque de succomber à l'addiction suite à une expérimentation des drogues, ces dernières étant initialement découvertes, puis utilisées comme moyen de restauration narcissique et de régulation affective.

Dans cette perspective, la consommation de drogue serait donc une tentative d'automédication paradoxale servant à soulager la souffrance psychique due aux blessures narcissiques, mais aussi, comme nous le verrons plus loin, à l'incapacité de ressentir les émotions ou de les nommer (Khantzian, 1997).

Ainsi, c'est dans la constitution historique du narcissisme qu'il faut sans doute chercher l'origine du recours à cette solution comportementale. Pour formuler ma première hypothèse, je m'appuierai sur le travail de trois auteurs qui ont repris après Freud, le concept de narcissisme avec des vues différentes et des outils complémentaires pour l'appréhender. Il s'agit de Grunberger, Kohut et Winnicott, lesquels ont particulièrement insisté sur l'importance du narcissisme, ou de son double, le self²⁰, comme ligne évolutive mais aussi comme figure de l'unité de la personnalité.

2.1.2. Le narcissisme primaire

Grunberger définit un noyau narcissique primitif qui est la trace de la cénesthésie fœtale non représentable par le fœtus²¹. Il s'agit d'un vécu organique qui laisserait son empreinte chez tout individu, sa vie entière²². Dans le sein de sa mère, le fœtus est à l'abri du

¹⁹ Corcos M., Conduites de dépendance à l'adolescence : le circulaire ou les métamorphose secrètes de l'absence, p.488.

²⁰ En référence au sous-titre, « Après Freud : le narcissisme et ses doubles » dans Jeammet N., Neau F., Roussillon R., p. 26 (2004).

²¹ Comme le fait remarquer Dessuant, p. 60, Freud postule déjà l'origine prénatale du narcissisme dans ses « Leçons d'introduction à la psychanalyse » (1916-1917).

²² Grunberger B. Le narcissisme, essai de psychanalyse, p. 36-37.

besoin, il est dans la complétude. Selon cet auteur, après la naissance, c'est la mère qui offre à son nourrisson la possibilité à la fois de prolonger pendant un certain temps son état narcissique prénatal et d'opérer progressivement son intégration dans un univers à base pulsionnelle. Ce processus se réalise au sein de ce que Grunberger appelle la monade²³. Il la définit comme une formation psychique matricielle mixte qui réunit les potentialités prénatales et l'environnement maternel. Dans la monade, le nouveau-né continue de vivre son narcissisme primitif grâce à un emmaillotement au plus près du corps de la mère²⁴, mais aussi à l'enveloppement par la voix, le regard et les mouvements rythmiques maternels²⁵, ce que Grunberger appelle aussi l'« utérus extrojecté ». Cet apport narcissique de la mère, remarque Grunberger, permet à l'enfant de progressivement *"troquer son bonheur élationnel narcissique [...] contre les satisfactions pulsionnelles"*²⁶. Cet auteur propose qu'avant la naissance, la complétude narcissique, est réalisée par la fusion du contenu, le fœtus, et du contenant, l'utérus, et qu'à chaque étape de son développement ultérieur l'enfant *"tentera de reconstituer, sur des modes différents, l'unité du contenu et du contenant. Ainsi, au stade oral l'enfant comblé par le sein réalise cette unité, au stade anal il l'obtient par la maîtrise de l'objet sur lequel il se referme et au stade génital le coït qui réalise l'union des deux partenaires complémentaires fonde une nouvelle complétude contenu-contenant."*²⁷

Cette hypothèse d'un impact du vécu prénatal sur toute l'histoire ultérieure du sujet a également été évoquée par Missonnier (2007), en termes très proche : *Les hypothétiques "traces sensorielles protoreprésentatives engrammées lors de la vie intra utérine [...] ne sont pas [ultérieurement] directement symbolisables mais, par contre, [elles sont] actives dans l'homéostasie psychosomatique du sujet et dans les nombreux conflits affectifs intrapsychiques et interpersonnels qui commémorent [...] la dialectique primordiale contenu/contenant"* et son expression narcissique²⁸. Elle a d'ailleurs donné lieu à un travail de réflexion interdisciplinaire très intéressant (Bergeret et al. 2006).

²³ Notion proche de l'unité mère-nourrisson conceptualisée antérieurement par Winnicott comme nous le verrons plus loin.

²⁴ Emmaillotement contre le corps de la mère dans de grandes écharpes souples et extensibles que les jeunes femmes occidentales reprennent actuellement aux mères des autres continents.

²⁵ Grunberger B., Narcisse et Anubis, p. 574. Cette conception peut aussi être rapprochée de celle de D. Anzieu qui parle du fantasme d'une peau commune à la mère et à l'enfant assurant une fonction de maintenance (Le Moi-peau, NRP, 1974, 9: 195-208).

²⁶ Cité par Dessuant P., Théorie et clinique du narcissisme dans l'œuvre de Bela Grunberger, p. 77.

²⁷ Grunberger B., Le narcissisme, essai de psychanalyse, p. 252.

²⁸ Missonnier S., Le premier chapitre de la vie ? Nidification fœtale et nidation parentale, p. 6.

Le moment de la naissance est donc une rupture de la continuité du vécu prénatal de félicité, laquelle entraîne dans le même temps l'apparition de la vie pulsionnelle qui aura comme but premier le retour à cette félicité. A la suite de cette rupture, et en tout premier lieu, c'est la construction du narcissisme primaire, de l'identité primaire, qui doit être assurée grâce à la médiation d'un environnement maternant, grâce aux soins maternels. C'est Winnicott qui a fait l'analyse la plus fine des étapes de cette construction, comme nous le verrons plus loin.

Pour terminer avec les conceptions de Grunberger, il faut ajouter qu'il considère que d'une carence de valorisation et de confirmation narcissique par la mère au cours des premiers mois de la vie résulte une sensibilité exacerbée aux inévitables atteintes narcissiques ultérieures. De même, si la monade manque à son rôle de facteur d'intégration et d'orientation première vers l'Œdipe à travers la conflictualité pulsionnelle, l'enfant aura tendance à rester accroché à sa mère porteuse des imagos primitives et adoptera une position défensive pseudo-œdipienne qui ne lui permettra pas de résoudre le conflit, ni d'y renoncer. Ce processus est à l'origine de la crise d'adolescence pathologique que l'on rencontre chez ces sujets narcissiques qui n'ont pu accomplir de façon satisfaisante leurs identifications précoces et qui refusent le monde adulte. Sur le plan du réel, ces sujets tendent à s'agglomérer à l'écart (marginalisation) avec leurs semblables dans un univers ad hoc où ils se confondent dans l'uniformité (même langage, mêmes modes, mêmes goûts, mêmes systèmes...).

Chez **Kohut** (1971), la notion de self rend compte de l'investissement par le sujet de la cohésion de sa personnalité en tant qu'unité progressivement constituée. Il correspond à un ensemble de manifestations caractéristiques intéressant la personnalité entière, du fonctionnement psychique au self corporel, ainsi qu'à des éléments mieux définis comme la représentation de soi-même ou celle des objets introjectés. Selon cet auteur, le narcissisme originel a deux faces qui évoluent parallèlement suite à la rupture de l'équilibre de l'état premier de félicité. L'enfant va donc chercher à rétablir cette perfection initiale en suivant deux voies. L'une est celle indiquée par Freud : ce qui est mauvais sera attribué à l'extérieur, ce qui est bon sera partie intégrante de ce que Kohut appelle le self grandiose, qui n'est donc guère différent à ses débuts du « moi plaisir purifié » de Freud ; l'autre voie vise à rétablir la perfection maternelle en créant par projection une image omnipotente de cet autre qui s'occupe de lui, l'imgo parentale idéalisée. Il considère qu'initialement, l'enfant conçoit l'objet comme une partie intégrante de son propre psychisme, l'objet ayant pour fonction d'assurer la continuité du self, d'où le terme de self-objet. L'intégration du self grandiose au reste de la personnalité se fait grâce à la reconnaissance progressive par l'enfant des véritables

imperfections et limitations du soi ; elle conduit à une estime de soi saine et réaliste. De même, la déception progressive de l'enfant devant l'objet idéalisé, au fur et à mesure que l'évaluation qu'il en fait devient plus réaliste, conduit à la formation du surmoi par intériorisation des investissements narcissiques précédemment portés sur l'imaginaire du self-objet idéalisé.

Par contre, si la perte de l'objet a été traumatique, le psychisme de l'enfant "*demeure fixé sur un self-objet archaïque, et tout au cours de la vie la personnalité sera dépendante de certains objets dans ce qui semble être une forme intense de faim d'objet. L'intensité de la recherche de ces objets et la dépendance ressentie à leur égard sont dues au fait qu'ils sont recherchés en tant que substituts des fragments absents de la structure psychique. Ils ne sont pas des objets (au sens psychologique du terme) puisqu'ils ne sont pas aimés ou admirés pour leurs attributs, et les traits réels de leur personnalité de même que leurs actes ne sont qu'obscurément perçus. Ils ne sont pas désirés mais simplement vus comme nécessaires pour suppléer aux fonctions de la partie de l'appareil mental, qui ne s'est pas constituée durant l'enfance. [... Ainsi] des déceptions traumatiques liées à cet objet peuvent nuire considérablement au développement de la capacité fondamentale du psychisme de maintenir, par lui-même, l'équilibre narcissique de la personnalité (ou de le rétablir lorsqu'il a été troublé). Tel est, par exemple, le cas de ces personnalités qui développent des dépendances (à la drogue, etc.).*"²⁹

Dans ces configurations psychiques, la disparition d'un self-objet a pour effet une fragmentation du soi, partielle ou totale, notion que l'on peut rapprocher des angoisses de morcellement de Mélanie Klein, des angoisses sans nom de Bion ou de la notion de dépersonnalisation, comme le fait remarquer Denis (2002)³⁰. La menace essentielle est donc la fragmentation du self, la rupture de sa cohésion et de sa continuité, rupture qui s'accompagne de l'angoisse la plus profonde.

Pour Kohut, les vicissitudes du développement psychologique conduisant à une fragilité narcissique ne se résument pas à un trauma pathogène spécifique mais reposent aussi sur une relation précoce à l'objet primaire inadéquate qui prédispose l'enfant à la traumatisation.

²⁹ Kohut H., *Le soi*, p. 53.

³⁰ Denis P., *Les perspectives de Heinz Kohut*, p. 93.

De son côté, **Winnicott** n'emploie que très peu le terme de narcissisme mais insiste sur des notions qu'il est aisé de rattacher à celui-ci, comme la personnalisation ou l'intégration des éléments de la personnalité pour en faire un tout, c'est-à-dire aboutir à la constitution d'un self, notion très proche de celle de Kohut. Son concept de self est associé à de nombreux qualificatifs, probablement en raison de son incommunicabilité³¹. Il parle tour à tour de self central, ou authentique, de self secret, de noyau du self, de noyau isolé ou de noyau central du moi, et enfin de vrai self. Il le définit de la façon suivante : Il "*pourrait être considéré comme le potentiel inné qui vit une continuité et acquiert à sa façon et à son rythme une réalité psychique personnelle et un schéma corporel personnel*". Il le relie à "la capacité d'être seul" et ajoute : *Il semble nécessaire d'admettre que le concept de l'isolement de ce self central est une caractéristique de la santé.*"³²

A partir de son intuition selon laquelle un bébé ne peut être pensé isolément, sans inclure la personne qui s'occupe de lui, Winnicott fera une description clinique fine de l'unité mère-nourrisson et en tirera un développement théorique éclairant. Il écrit : "*A ses débuts, l'individu ne constitue pas l'unité. L'unité est la structure « individu-environnement » telle que nous la percevons de l'extérieur. L'observateur sait que certaines conditions sont nécessaires pour qu'apparaisse le psychisme de l'individu. C'est dans la situation ainsi établie que l'individu est capable de créer peu à peu l'environnement personnel. Si tout va bien, l'environnement créé par l'individu ressemble assez bien à celui qu'on peut percevoir en général et, dans ce cas, le processus du développement atteint un stade qui permet à l'individu de passer de l'état de dépendance à celui d'indépendance*"³³. Winnicott souligne ainsi qu'il y a un potentiel inné chez tout bébé, lequel ne peut se développer de façon satisfaisante que si une mère en état de « *préoccupation maternelle primaire* »³⁴ prend soin de lui. Cet état va permettre à la mère de porter son enfant de façon adéquate (holding) et l'on peut penser que le maintien optimum du bébé est celui qui est le plus proche de l'enveloppement utérin prénatal, mettant en jeu, en particuliers, les sensorialités tactile et vestibulaire. Selon lui, c'est au stade du « *maintien* » que processus primaire, identification primaire, auto-érotisme et narcissisme primaire sont des réalités vivantes³⁵. Les soins que la

³¹ Winnicott D., De la communication et de la non-communication, 1963.

³² Winnicott D., La théorie de la relation parent-nourrisson, p.368.

³³ Winnicott D., Psychose et soins maternels, p. 190.

³⁴ Winnicott D., La préoccupation maternelle primaire, p. 285.

³⁵ Winnicott D. La théorie de la relation parent-nourrisson, p.366.

mère prodigue à son bébé lui permettent de développer une alliance psychosomatique, base du sentiment de personnalisation, condition nécessaire à toute vie harmonieuse avec soi-même. Winnicott postule qu'il y a une non-intégration primaire et que l'intégration commence dès le début de la vie postnatale. *"La tendance à intégrer reçoit l'assistance de deux séries d'expériences : la technique des soins infantiles qui fait que l'enfant est tenu au chaud, est manié, baigné, bercé et appelé par son nom, et aussi les expériences instinctuelles aiguës qui, de l'intérieur, rassemblent les éléments de la personnalité et en font un tout."*³⁶ Il poursuit en précisant que chez le jeune enfant, il y a de longue période de temps pendant lesquels il reste en état de non-intégration, sans dommage, à condition que de temps à autre il se rassemble et se sente unifié. Ainsi, sans unité, sans capacité de distinguer ce qui vient de son intérieur et ce qui relève de l'extérieur, ce n'est que graduellement, grâce à l'environnement maternel, qu'il prend conscience que les sensations corporelles éprouvées lui appartiennent. A cette phase primaire du développement succède l'expérience de percevoir son corps comme limite entre l'extérieur et l'intérieur et de le ressentir comme self. Il importe que les soins maternels offrent au bébé la sensation de ne former qu'un avec son corps. Winnicott nomme collusion psychosomatique ce sentiment acquis progressivement grâce aux soins maternels d'habiter son corps, ce qu'il définit aussi d'installation de la psyché dans le corps, ou de personnalisation. Le corps devient alors le noyau du self (Chemouni, 2016).

Le représentant psychique de l'affect est construit dans le jeu des motions et mouvements affectifs du sujet et des réponses, nominations et mises en sens de ses objets au sein de l'aire intermédiaire. Il s'agit d'une sorte d'apprentissage affectif. Le sentiment de sécurité s'édifie par la communication et l'adaptation.

Cependant, quand l'adaptation de la mère n'est pas « suffisamment bonne », il peut y avoir empiètement et le nourrisson secrète un « faux self » qui se soumet aux exigences de l'environnement et élabore des relations artificielles, basées sur l'imitation bien plus que sur l'introjection. La psyché s'est alors dissociée de l'expérience corporelle. Cette construction d'un faux self permet de dissimuler le vrai et protège le sujet de l'anéantissement, mais engendre un *"sentiment d'irréalité ou d'inanité"*³⁷. L'inconstance de l'environnement primaire peut aussi conduire plus tard à la crainte de s'effondrer, et selon Winnicott, il s'agit de

³⁶ Winnicott D., Le développement affectif primaire, p. 63.

³⁷ Winnicott D., Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self », p.115.

l'angoisse d'un effondrement de l'édification du self unitaire³⁸, c'est-à-dire de sa désintégration, notion qui peut être rapprochée de celle de fragmentation chez Kohut.

Ces trois auteurs mettent donc l'accent sur le rôle de l'environnement dans la construction du narcissisme de l'enfant, l'objet ayant pour toute première fonction après la naissance d'assurer la continuité ou plutôt la répétition de l'expérience de complétude narcissique. Au niveau somatique, on peut imaginer que, sauf accident, les variations de la cénesthésie fœtale ne sont que de faible amplitude du fait de l'amortisseur sensoriel que constitue le corps de la mère et procure ainsi une impression de continuité ; par contre, la vie postnatale est, elle, ponctuée de discontinuité sensorielle, laquelle, si tout se passe bien, se constitue en rythme. Rythme des soins donnés à l'enfant, entre autre, comme l'a bien repéré Winnicott. A cette composante sensorielle sous-tendant le narcissisme primaire, doit être associé une composante motrice. La rupture de la naissance fait passer de la motricité fœtale, permettant tout au plus l'exploration tactile de son monde restreint comme le révèle les examens échographiques, à la motricité pulsionnelle du bébé primairement déclenchée par le besoin, laquelle appelle la réponse de l'environnement.

Au niveau psychique, cela correspond à ce que Winnicott a décrit comme une illusion subjective féconde, illusion d'être capable de créer la satisfaction qu'il trouve grâce à l'adéquation maternelle³⁹, c'est l'étape de l'objet trouvé-créé.

Enfin, si le vécu du fœtus est un état restreint à la sensation, la discontinuité sensorielle postnatale, même si tout se passe au mieux, va affecter le vécu du nourrisson, ce qui constituera la source de son développement affectif. En effet, à la cénesthésie fœtale, sensations non conscientes, va s'ajouter chez le nourrisson l'affect qui, grâce à la mise en jeu de la motricité, sera interprété comme un signal d'abord par la mère, et ensuite, après réfléchissement, par le bébé lui-même. Comme le rappelle Parat (2013), « *les affects sont des produits extrêmement composites dès l'origine, et il s'agit là d'une sorte de projection sur l'autre d'une part narcissique propre* ».

De la même façon, l'objet va aussi contribuer à la transformation des traces sensorimotrices en symbole, c'est la fonction symbolisante de l'objet. C'est ainsi que les effets mimo-gestuo-posturaux induits au départ de façon réflexe chez le bébé par l'expérience subie des variations de son milieu interne ou externe, seront reflétés par la réponse mimo-

³⁸ Winnicott D., La crainte de l'effondrement, p. 36.

³⁹ Winnicott D., Jeu et réalité, p.21.

gestuo-posturale de la mère, ce qui constitue l'inauguration de la symbolisation primaire telle que développée par Roussillon (1995). Ainsi, la qualité de l'attention accordée au bébé et des soins qui lui sont apportés, a un impact énorme sur sa construction psychique et cérébrale.

2.1.3. Versant biologique du narcissisme primaire

Dans la perspective d'articuler le « psychique » et le « biologique », la proposition de Grunberger de considérer le narcissisme comme enraciné dans le somatique prénatal, et la bonne concordance de ce postulat avec les observations faites en périnatalité incitent à chercher à quels soubassements biologiques pourraient correspondre cet enracinement. La première question qui se pose est de savoir si le fœtus est biologiquement armé pour engrammer des traces cénesthésiques. Cela ne fait guère de doute puisque la sensorialité fœtale se développe dès les premières semaines de vie. L'émergence des sensorialités extéroceptive et proprioceptive suit un ordre chronologique invariant : **d'abord le toucher**, puis l'olfaction et le goût, la proprioception, l'audition et enfin la vision. Les systèmes sensoriels sont fonctionnels avant la naissance ; il est par exemple possible d'enregistrer une réponse du cortex cérébral à une stimulation tactile dès la 26^{ème} semaine de vie (Berne-Audéoud et al. 2010). Bien qu'au départ, les aires corticales soient largement polysensorielles, les stimulations appropriées vont façonner les aires sensorielles primaires qui, peu à peu, ne vont plus répondre qu'à un seul type de stimuli sensoriels. Ainsi, les études sur la continuité transnatale ont montrées que le fœtus est capable de capter, traiter, intégrer et mémoriser les informations sensorielles. Le nouveau-né reconnaît, par exemple, les bruits entendus dans le ventre de sa mère⁴⁰ (Lecanuet et al. 1993) et notamment sa voix, même chez le prématuré né à 6 mois de grossesse (Mahmoudzadeh et al. 2013). Au-delà de la césure environnementale que constitue la naissance, il existerait donc une continuité transnatale chez l'enfant, qui se traduit par le fait qu'il garde une certaine trace mnésique des expériences vécues in utéro, et en reconnaît certaines dimensions perceptives lors de la réactualisation postnatale de ces traces précoces.

⁴⁰ Un enfant âgé de 2 jours est capable de modifier son rythme de succion non nutritive si cela lui permet de déclencher une stimulation intéressante pour lui, à savoir un bruit cardiaque enregistré in utéro. Ce qui signifie qu'il cherche à retrouver, répéter le familier, lui servant de repère dans le monde totalement nouveau où il vient d'arriver.

Pour expliquer que l'état cénesthésique prénatal se révèle, après la naissance, avoir une valence positive, c'est-à-dire être source de bien-être, il faut formuler une hypothèse complémentaire, à savoir que le cerveau du fœtus est aussi armé pour associer à cet état une valeur attractive et non pas seulement neutre. Chez l'adulte, l'impact hédonique d'un stimulus engage des événements neurobiologiques complexes qu'il est difficile de démêler de ceux qui sous-tendent les implications motrices et cognitives de cet affect, en particulier dans les études d'imagerie cérébrales chez l'homme. Cependant, des chercheurs américains, en menant des expériences chez l'animal avec une grande finesse neuro-anatomique ont pu montrer que l'activation de certains neurones porteurs de récepteurs opioïdes mu dans quelques-unes des structures sous-corticales du système limbique inter-reliées entre elles, était à l'origine de la coloration plaisante non consciente d'une sensation (Berridge et al. 2009). Il s'agit notamment du noyau accumbens et du pallidum ventral mais aussi de l'amygdale. Le cortex orbitofrontal interviendrait plutôt dans l'intégration de la valence émotionnelle de la sensation dans le choix de la réponse comportementale. Le système opioïde endogène semble donc central dans l'attribution d'une valence agréable à une sensation. En 1978, Panksepp montrait que les processus d'attachement chez le jeune chiot ou chez le bébé cochon d'inde étaient sous-tendus par les opiacés endogènes et étaient donc une source de bien-être (Herman et Panksepp, 1978). De plus, une étude sur des souriceaux privés du gène exprimant le récepteur opioïde mu a montré un déficit dans leur comportement d'attachement à leurs mères, alors que ces dernières avaient, elles-mêmes, un comportement normal envers leurs petits. Séparés de leur mère, les souriceaux génétiquement modifiés émettent beaucoup moins d'appels de détresse que les souriceaux normaux, alors qu'ils en émettent autant lorsqu'ils sont confrontés au froid par exemple. En présence de plusieurs mères, ils ne présentent pas de préférence pour la leur. Il semble donc que les récepteurs mu jouent un rôle dans l'attractivité exercée par les stimuli maternels (Moles et al. 2004). Dit autrement, l'attribution au vécu prénatal d'une valence positive de bien-être semble nécessaire à la mise en place de l'attachement du petit à sa mère.

Chez l'homme, les systèmes opioïdes apparaissent dès la 12^{ème} semaine de vie après la conception, ce qui rend plausible leur mise en jeu dans l'attribution d'une valence positive à la sensorialité prénatale. En effet, l'état de bien-être du fœtus est difficilement pensable comme état affectif de plaisir, mais pourrait plutôt se représenter comme un état homéostatique stable permettant au fœtus de bénéficier sans perturbation des sensations recueillies par ses systèmes sensoriels en développement, aidé de sa motricité exploratoire débutante.

Les données concernant **le toucher** « **affectif** » vont dans le même sens (McGlone et al. 2014). La sensorialité de la peau est en effet multiple : outre sa fonction discriminative nous permettant de manipuler les objets et de détecter leurs propriétés tactiles et leur température, elle a une fonction affective qui se manifeste par la douleur lorsque la peau est endommagée ou à l'inverse par des sensations agréables lorsque le toucher est doux. Ces informations somatosensorielles sont véhiculées jusqu'au cerveau par différents types de fibre. Celles répondant aux caresses projettent sur le cortex limbique (cortex préfrontal ventromédian et insula postérieure ; Cf. figure 2) et induisent une réponse émotionnelle (Lloyd et al. 2015). D'un point de vue développemental, Bystrova (2009) propose que les mouvements fœtaux dans le liquide amniotique produisent des oscillations du lanugo (duvet couvrant le corps du fœtus) susceptibles de stimuler les fibres sensibles au toucher léger, dont la fonction serait d'activer des régions cérébrales telles que l'hypothalamus et le cortex insulaire. Ce massage prénatal aurait ainsi un effet plaisant et apaisant et favoriserait la croissance fœtale.

La répétition de l'expérience de complétude narcissique pendant la période postnatale, lorsqu'est procuré au nourrisson des sensations proches de celles déjà vécues en anténatal⁴¹, peut donc être pensée, non seulement comme un renforcement de la trace cénesthésique prénatale, mais aussi comme un enrichissement des possibilités d'activation de cette trace par d'autres canaux grâce aux apports sensorimoteurs postnataux. La motricité permet ainsi l'emprise sur l'objet dont les premières expressions sont buccales (la bouche du bébé autour du mamelon lors de la tétée), mais aussi manuelles avec le réflexe de préhension (grasping reflex). C'est à cet endroit que peuvent intervenir les expériences pulsionnelles de satisfaction autour de l'alimentation, par exemple. Au niveau cérébral, cela signifie que le pattern d'activation du réseau neuronal qui sous-tend les traces sensorielles prénatales se complexifie par l'établissement de nouvelles connexions, mettant à profit et orientant la maturation concomitante du cerveau infantile. Inversement, si l'environnement ne donne pas au bébé des occasions suffisantes de refaire l'expérience du bien-être, la trace cénesthésique prénatale n'étant pas réactivée, ne pourra pas être transformée par l'enrichissement de ses expériences qui s'inscrivent dans le système nerveux central grâce à sa plasticité maximale pendant les premières années de vie.

⁴¹ Sans doute, en premier lieu, la pression tactile contenante et les sensations vestibulaire et kinesthésique sécurisante des « holding » et « handling » winnicottiens qui permettent au bébé de profiter de ces modalités perceptives.

En résumé, le fœtus est biologiquement équipé d'une sensorialité fonctionnelle et du principal système de neuromédiateur mis en jeu dans les sensations agréables, à savoir le système opioïde, équipement qui *a fortiori* pourra être mobilisé et enrichi chez le nouveau-né.

2.1.4. Premières hypothèses

L'hypothèse charnière (en italique ci-dessous) me permettant de proposer un premier lien entre les aspects neurobiologiques et psychiques intervenant dans l'apparition d'une addiction aux drogues ne pourra pas être vérifiée dans ce travail de recherche, mais est nécessaire à la construction du modèle d'intelligibilité du processus addictif que je souhaite présenter.

Sachant que les drogues en général, et l'héroïne en particulier⁴², activent les systèmes opioïdes endogènes, *ces produits exogènes viendraient actualiser les traces cénesthésiques formées au cours de la vie prénatale et déclencheraient ainsi chimiquement l'état de complétude narcissique vécu par le sujet avant la naissance*. En effet, l'activation de ce système peptidergique, dont les récepteurs sont largement répartis dans tout le système nerveux, permet au sujet, au moins lors des premières consommations, de s'affranchir des besoins vitaux, de soulager toutes souffrances grâce à la fonction analgésique des opioïdes et de retrouver ainsi, un état de bien-être proche de celui déjà vécu *in utero*. C'est, par exemple, l'effet « planant » de l'héroïne avec l'impression d'être dans du coton ou sur un nuage dans une détente totale, distancié de l'environnement, protégé de tout excès d'excitation⁴³ et de l'empiètement psychique par l'entourage⁴⁴. De l'extérieur, ceci donne l'impression d'une parfaite indifférence aux problèmes du monde environnant.

Sur la base de ce postulat, j'avancerais une hypothèse mettant en jeu la vie postnatale, pour rendre compte du risque addictif chez les personnalités narcissiquement vulnérables. Je propose que la saillance, et donc l'impact psychique, de la première expérience cénesthésique avec la drogue serait d'autant plus marquée que les expériences postnatales de complétude

⁴² L'héroïne active directement les récepteurs opioïdes, mais toutes les drogues, y compris l'alcool, les activent aussi indirectement en provoquant la libération des peptides opioïdes endogènes (Maldonado R., 2010), de même que les anxiolytiques benzodiazépiniques (Richardson et al. 2005).

⁴³ Et ainsi, d'éviter le débordement traumatique, généralement déjà vécu antérieurement. Commence à poindre ici la fonction défensive du recours aux opiacés, dont on parlera plus loin, qui protègent de la répétition du traumatisme.

⁴⁴ Mais ce clivage induit chimiquement présente bien sûr l'inconvénient d'absenter le sujet de son expérience d'être au monde, ce qui constitue un danger à la fois pour le sujet lui-même et pour son entourage. Je pense en particulier à l'usage de drogues dans le contexte de la prostitution.

narcissique ont été rares et/ou non soumises au travail de symbolisation. Si l'expérience prénatale initiale n'a pas pu se répétée après la naissance pour que sa trace perceptive puisse être transformée par la présence médiatrice d'un autre, la drogue réactualisera cette trace brute, non liée par et à l'objet, et donnera une impression de révélation au sujet expérimentateur de la drogue ; cette expérience secondaire avec le produit serait alors susceptible d'être répétée et de se constituer en compulsion. Grunberger pense d'ailleurs la compulsion de répétition comme un désir de retour à un état fœtal, état animé et déjà vécu, insiste-t-il⁴⁵.

A l'inverse, la variété des expériences d'intégration du self pendant la période postnatale et la qualité des interactions précoces, qui favorisent la symbolisation primaire, constitueraient une protection contre le risque addictif. En effet, dans cette première étape développementale, non seulement chaque expérience de satisfaction réactualise l'état de complétude, mais oriente aussi, dans les étapes ultérieures, la pulsion de l'enfant du côté de l'accomplissement par lui-même de ces expériences de plaisir (autoérotisme), processus relevant des pulsions épistémophiliques et conduisant de la dépendance à l'indépendance. On pourrait dire aussi qu'il faut, initialement, avoir eu suffisamment d'expériences de satisfaction pour pouvoir passer du narcissisme primaire, dépendant de l'objet, au narcissisme secondaire dont la construction nécessite le détachement progressif de l'objet.

L'hypothèse corollaire considère ainsi que l'échec de la construction du narcissisme secondaire empêchant le sujet de s'extraire suffisamment de la dépendance primitive, favorisera la dépendance future aux drogues. En effet, au moment de l'adolescence, la rencontre de ces dernières tombera à point nommé pour suppléer aux défaillances des objets parentaux et, de surcroît, donner au sujet l'illusion d'une autonomisation, dans un mouvement de contestation tenant lieu de tentative de différenciation.

Pour finir, les concepts winnicottiens de vrai et faux self permettent un pas de plus dans la compréhension de la fonction désinhibitrice des drogues, fonction correspondant à une levée des défenses que constituent le faux self. En effet, au début de la vie, le vécu de complétude narcissique permet l'émergence du geste spontané issu du vrai self⁴⁶, dont le destin dépendra de la façon dont il est accueilli par l'environnement. Ainsi, le narcissisme

⁴⁵ Bacqué M.-F., Hommage à Béla Grunberger : Un entretien avec Belà Grunberger (2004), p.44.

⁴⁶ Winnicott D., Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self » (1960b), p. 121, 125.

primaire est le creuset⁴⁷ du vrai self, lequel, s'il ne peut se développer en raison d'une adaptation insuffisante de l'environnement aux pulsions du nourrisson, sera masqué par la sécrétion d'un faux-self, sécrétion réactionnelle à l'empiètement de l'environnement. Dans cette conjoncture, j'avancerais que pour le consommateur, la drogue est une façon d'entrer en contact avec son vrai self et, si préalablement il n'a trouvé aucun autre moyen pour y parvenir, la répétition de cette expérience deviendrait compulsive afin de maintenir vivant le sentiment d'existence. Cette fonction de maintien du contact avec le vrai-self semble être au premier plan chez les patients confrontés aux angoisses liées aux sensations de vide interne et à l'inanité de leur existence.

Cette dernière hypothèse permet aussi d'expliquer l'usage relativement fréquent des drogues par des artistes qui en auraient besoin pour faire émerger leur geste créateur dont l'origine ne peut être que le vrai self selon Winnicott (1960b)⁴⁸.

2.1.5. Observation clinique

Monsieur M

Mr M a 42 ans quand il vient au Centre de Soins demander un traitement méthadone. L'infirmier qui l'accueille lui donne deux rendez-vous, un avec moi, et l'autre avec un médecin ; à sa demande, il les regroupe le même jour car il travaille et ne souhaite pas s'absenter trop souvent.

Lors de notre premier entretien, il m'explique qu'il veut arrêter de s'injecter le Subutex que lui prescrit son médecin généraliste car il a une femme et une petite fille de 18 mois. Il précise qu'il fait toujours ses injections avec toutes les précautions nécessaires, c'est-à-dire en filtrant la suspension de Subutex, utilisant du matériel stérile qu'il se procure dans un CAARUD et en respectant toutes les règles de l'asepsie⁴⁹. Son travail dans l'industrie mécanique lui convient bien et son temps libre est occupé à la rénovation de leur appartement. Cependant, sa mère est décédée le mois précédent et la famille a des difficultés à s'en

⁴⁷ En référence au titre de l'article de Denis P. (2010) : « L'expérience de la satisfaction, creuset du psychisme ».

⁴⁸ Ibid., p. 125.

⁴⁹ Ce qui lui permet d'éviter, non seulement les contaminations virales (HIV, Hépatite C...), mais aussi les abcès aux points d'injection et les phlébites observés fréquemment chez les patients injecteurs en grande précarité ou présentant une déstructuration psychique importante.

remettre ; sa femme, originaire du Maghreb, n'ayant pas de famille en France, ils s'appuyaient beaucoup sur cette grand-mère pour garder leur fille.

Son apparence soignée et sa tenue vestimentaire très classique me font douter qu'il ait pu utiliser l'héroïne⁵⁰, si bien que je lui pose la question. En fait, il a commencé à consommer des produits psychotropes à l'adolescence lorsque les relations avec ses parents étaient très conflictuelles, d'abord du cannabis, puis il expérimente des produits variés et ensuite, l'héroïne qu'il s'injecte pendant plus de 10 ans. Finalement, lorsque le premier traitement de substitution obtient son autorisation de mise sur le marché en France, à savoir le Subutex, son médecin traitant le lui prescrit ; cependant, très rapidement il se l'injecte aussi et maintient ce mode d'administration depuis 10 ans. Soit, plus de 20 ans d'injections intraveineuses dont il ne porte encore aucune trace visible. Dans son milieu professionnel, personne ne connaît ses problèmes d'addiction. Aussi, il se demande comment il pourra justifier sa venue quotidienne au CSAPA pendant la semaine qui suivra son changement de traitement⁵¹.

Son discours factuel et raisonnable, lors de cette première consultation, ainsi que son comportement d'injection⁵², me semblent être les signes d'un fonctionnement opératoire masquant ses failles narcissiques mais lui permettant une adaptation suffisante pour assurer sa bonne insertion sociale. Cependant, la non-prise en compte de la fonction de son mésusage du Subutex dans la formulation de sa demande m'inquiète ; elle constitue un déni des difficultés qu'il risque de rencontrer lors du changement de son traitement, en particulier parce qu'il implique l'arrêt de ses injections. En d'autres termes, son clivage interne ne lui permet pas de reconnaître sa dépendance vis-à-vis de son comportement d'injection, ce qui m'incite à lui proposer un accompagnement psychologique. Il y consent volontiers mais veut choisir les horaires et la fréquence de nos rendez-vous, ce que je comprends comme un besoin de contrôler la situation. J'accepte ses exigences, sachant que l'alliance thérapeutique avec les patients toxicomanes n'est souvent envisageable que dans un cadre suffisamment malléable. Ce suivi durera 5 ans et demi ; il peut être subdivisé en trois grandes périodes. Pendant les 18 premiers mois, Mr M. accepte un rendez-vous, d'abord toutes les semaines, puis tous les quinze jours pour suivre le rythme de sa délivrance de méthadone. Il ne vient donc me voir

⁵⁰ Il arrive chez certaines personnes que les premières et seules consommations de produits opiacés, dont elles deviennent dépendantes, soient des médicaments analgésiques ou de substitution.

⁵¹ L'infirmier lui avait expliqué le protocole d'inclusion dans le programme méthadone qui nécessite, par prudence, de commencer le traitement avec une dose relativement faible. Elle est ensuite progressivement augmentée chaque jour pendant la première semaine jusqu'à atteindre un état de confort du patient qui ne doit plus ressentir de symptôme de manque, condition de l'efficacité des traitements de substitution.

⁵² Je l'assimile, à l'époque, à un procédé autocalmant (Smadja C., 1993).

que lorsqu'il a une autre raison de se rendre au CSAPA, fonctionnement qu'il met sur le compte de ses contraintes professionnelles. Malgré tout, c'est une période où il s'interroge beaucoup sur l'origine de son addiction. La deuxième période, qui durera 2 ans, commence avec le retour au traitement de substitution par du Subutex et à la pratique des injections. Il espace alors ses rendez-vous et ne vient plus me voir que tous les deux mois en moyenne. Ses préoccupations presque exclusives concernent désormais le maintien simultané de ses conduites toxicomaniaques et du lien à sa femme, alors que c'est elle qui l'avait incité à se faire soigner. La troisième période débute lorsqu'il comprend que le divorce est inéluctable. Il tente alors de résister à l'effondrement en s'agrippant de plus bel à ses consommations et m'immobilise en position de témoin impuissant de son malheur. Il revient alors me voir mensuellement au rythme de la délivrance de ses ordonnances de Subutex, jusqu'à ce qu'il sombre dans la mélancolie et abandonne le recours au tiers observateur, position dans laquelle il avait fini par me confiner puisque j'ai été incapable de l'aider à retenir son objet d'étayage, son épouse !

Ci-dessous, je commencerai par rassembler les éléments nécessaires à la compréhension des particularités de ses objets premiers. J'exposerai ensuite ce qui peut être compris de sa construction psychique à partir de son parcours antérieur à sa demande d'aide au CSAPA. Enfin, au fil du déroulement de son suivi, je rassemblerai ce qui me semble éclairer l'énigme de ses conduites toxicomaniaques particulières.

2.1.5.1. Ruptures, secret de famille et vécus d'abandon

2.1.5.1.1. Du côté paternel

Le grand-père paternel naît au début du siècle dernier, d'une mère célibataire, « fille mère » me dit Mr M, dont il porte le nom. La condition de cette aïeule a été découverte par la sœur de Mr M lors de recherches généalogiques sur leur famille. Personne ne leur en avait parlé auparavant ; événement gardé secret, probablement en raison de l'opprobre social (et, peut-être, aussi familial) qu'une telle situation suscitait à l'époque.

La grand-mère paternelle, née après la première guerre mondiale, fait partie d'une famille nombreuse. Elle aura ses deux enfants, très jeune, son premier garçon à 15 ans et le deuxième, père de Mr M, à 16. Deux ans plus tard, elle quitte le père de ses enfants pour se remarier avec le meilleur ami de ce dernier. Pendant la seconde guerre mondiale, elle enverra ses enfants, alors âgés de 6-7 ans, dans un autre département en pension chez des religieux

(« chez les curés » me dit Mr M), sous prétexte de les protéger de la guerre. Le père de Mr M garde un très mauvais souvenir de cette période d'environ 4 ans au cours de laquelle il n'avait pas même d'eau chaude pour se laver, plainte qu'il adresse à son fils comme pour lui prouver qu'il a eu une vie plus dure que lui.

Le père de Mr M dit qu'il aurait aimé faire des études plus longues, ce qui est dénié par sa propre mère. Il doit se contenter d'un CAP de mécanique. Puis, tandis que son aîné part à la guerre en Algérie, lui est appelé sous les drapeaux, en Allemagne, pour 30 mois, période longue qu'il semble avoir vécu comme une nouvelle infortune l'éloignant de ses attaches.

Mr M. pense que son père a subi dans son enfance un manque affectif douloureux qui l'a rendu hypersensible, hypersensibilité dont il considère avoir hérité.

2.1.5.1.2. Du côté maternel

Le grand-père maternel naît dans un pays frontalier, également au début du siècle dernier. Jeune adulte, il se brouille avec sa famille et émigre en France⁵³.

La grand-mère maternelle naît dans le nord de la France juste avant la première guerre mondiale, mais issue d'une famille trop nombreuse pour que la mère puisse s'occuper de tous ses enfants, elle sera élevée par une tante dans le sud, loin de ses parents, ce qu'elle vivra comme un abandon. Avant l'âge de sa majorité (21 ans à l'époque), elle s'enfuit de chez sa tante pour suivre l'immigré dont elle s'est éprise⁵⁴. Leur premier enfant, mère de Mr M, naît alors qu'elle n'a pas 20 ans, le deuxième, un garçon, un an plus tard, puis un dernier garçon après 11 ans.

La mère de Mr M fera des études d'histoire de l'art et exercera quelques années un métier d'arts, peintre sur soie. Elle meurt à 73 ans, 18 mois après sa mère de 91 ans.

Mr M décrit sa mère et sa grand-mère comme très proches et il souligne le court délai entre leurs deux décès, comme si la fille ne pouvait pas survivre sans l'étayage de sa mère en personne.

⁵³ Mr M ne sait rien de cette famille grand-paternelle restée au pays.

⁵⁴ Cette histoire d'amour est racontée avec attendrissement par Mr M.

2.1.5.2. Sous l'égide d'une mère en souffrance narcissique

Les parents se marient au début des années soixante et, quelques années plus tard, donnent naissance à un fils, Mr M. Sa mère arrête alors de travailler. Elle n'a jamais donné ni sucette, ni doudou, à son fils car elle estimait que ce n'est pas hygiénique. La famille vit en ville, puis déménage à la campagne alors que Mr M a environ 2 ans. Si la campagne lui convient bien, ce n'est pas le cas de sa mère. Il pense qu'elle s'est alors trouvée très isolée car son père était souvent en déplacement pour son travail. Mr M n'est d'ailleurs allé à l'école maternelle que quelques mois avant le CP, il suppose que sa mère l'a gardé auprès d'elle pour ne pas s'ennuyer⁵⁵. Un beau jour cette dernière est retournée, avec lui, vivre chez sa propre mère. Le grand-père maternel était alors hospitalisé pour soigner un cancer, semble-t-il. Mr M avait environ 7-8 ans et cela l'a contraint à changer d'école. Ses résultats scolaires ont alors nettement baissé, mais la seule explication qu'on lui a donné à l'époque était que maman était malade et avait besoin de quelqu'un pour prendre soin d'elle. Il pense qu'elle a fait une dépression. Il se demande s'il n'y a pas eu un problème entre ses parents à ce moment-là.

Après quelques mois, mère et enfant reviennent vivre chez le père⁵⁶. Dans les années qui suivent, successivement, le grand-père maternel décède d'un cancer généralisé, le père connaît une période de chômage de deux ans et, alors que Mr M a 11 ans, sa sœur naît sans avoir été désirée, pense-t-il⁵⁷. L'année suivante, la famille retournant habiter dans un appartement en ville, Mr M perd ses copains et le plaisir de ses explorations dans la campagne environnante. Dans un premier temps, banalisant cet événement, il me dit qu'il ne peut raisonnablement pas s'en plaindre⁵⁸, bien que ce soit l'un des premiers épisodes qu'il se remémore, dès le deuxième entretien ; cependant, près de deux ans plus tard, il pourra me dire qu'à 12 ans, quelque chose s'est cassée en lui (déception de n'être pas entendu et/ou compris engendrant la révolte qui s'ensuit ?) et c'est aussi à cet âge qu'il a commencé à ressentir l'ennui. S'engage alors une adolescence pleine de conflits avec ses parents et son

⁵⁵ Séance 20. Neuf mois plus tard (séance 36), lorsque Mr M m'annonce que sa fille de 3 ans entre en maternelle, il associe avec le fait que lui-même n'y est pas allé, il a débarqué directement en CP, ce qui a été difficile et lui a fait détester l'école dès le début. Ses enseignants lui disaient qu'il était souvent ailleurs, il rêvait à son jardin, à la forêt, à ses jeux. Il ajoute « comme ce à quoi rêve tous les enfants... »

⁵⁶ Un jour Mr M. me dira qu'il pense que c'est à cause de lui que sa mère est retournée vivre avec son père car il était premier de classe, et lorsqu'on l'a changé d'école, il n'a plus rien fait et s'est retrouvé le dernier. (Séance 45).

⁵⁷ En se moquant, il l'appellera plus tard « capote percée » !

⁵⁸ Dénégation qui montre l'efficacité de son faux self à cette époque.

père en particulier. Ce dernier a alors retrouvé un travail, mais moins intéressant et moins bien payé que le précédent, me dit Mr M⁵⁹.

2.1.5.3. Toxicomanie de l'adolescence : substitut d'une impossible individuation ?

Mr M se souvient de ses relations conflictuelles avec son père qui lui reprochait de ne pas travailler à l'école, alors que lui-même aurait aimé avoir la possibilité de faire des études. Il me dit qu'il ne sait pas ce qui s'est passé entre sa 11^{ème} et sa 15^{ème} année, mais il était révolté et n'avait plus envie de travailler à l'école⁶⁰.

Dès 15 ans, Mr M soulage ses tensions internes par une première ivresse alcoolique et surtout en fumant du cannabis. Il rejoint un groupe d'amis dans lequel les joints circulent. Depuis, il a toujours eu recours aux psychotropes pour atténuer son mal-être. Ses consommations aggravent ses problèmes scolaires et il échoue au BEP. Echec ressemblant à un acte manqué puisqu'il se trompe de date et ne se rend aux épreuves que le deuxième jour. Deux de ses copains, ainsi que lui-même, abandonnent alors leurs études, avec l'idée de monter leur propre école dont la méthode d'apprentissage serait basée sur les voyages... Les conflits avec son père redoublent ; Mr M m'explique que ce dernier tentait de le recadrer en protestant que son fils n'avait aucune raison de fumer ou de boire, ayant eu une vie moins difficile que la sienne. Son père s'emportait vite, et il pense avoir hérité de son caractère colérique. L'année suivante, l'un de ses amis l'incite à passer avec lui le concours d'entrée à l'école des beaux-arts dont, à l'époque, il ignorait jusqu'à l'existence. Ils réussissent ; lui, plus en raison de l'originalité de son dessin que pour son coup de crayon, pense-t-il. Il avait réalisé un autoportrait au travers d'un arbre, qui a plu au jury. Bien que cette formation artistique l'intéresse, il se met de nouveau en échec, poursuivant ses consommations, qui l'empêchent de travailler suffisamment, et adoptant une attitude rebelle ; il avait, par exemple, réalisé un dessin au lavis en dégradé de noir, dans un cours où le professeur faisait travailler la couleur ! Il est renvoyé de l'école des beaux-arts en fin de première année. Mr M me parle dès les premières séances de son année aux beaux-arts, la présentant comme une année légère et

⁵⁹ Ce qui constitue, après le chômage, une fragilisation narcissique supplémentaire de son père.
Séance 21.

⁶⁰ Séance 17

amusante. Cependant, au cours d'un entretien ultérieur⁶¹, où il pleure de rage face à son impuissance à comprendre et résoudre ses problèmes, il reconnaît que l'expression artistique, trop proche des émotions, lui fait peur, il a plutôt tendance à se protéger de ces dernières en se raccrochant à la raison, comme il me le montrera régulièrement au cours de son suivi.

Malgré les tensions avec son père, il reste chez ses parents jusqu'à 25 ans et, à leur insu, il commence à s'injecter de l'héroïne en intraveineuse dès 20 ans pour répondre à ce qu'il ressent comme un besoin de s'isoler. Il lui est difficile d'explicitier plus avant ce besoin, mais la façon dont il décrit, sans s'en plaindre, une mère omniprésente gérant tout l'espace/temps de la vie familiale, véritable maîtresse de maison au sens fort de maîtresse des lieux ou de céans à laquelle rien n'échappe, me fait imaginer un empiètement maternel constant sans respect pour l'intimité⁶². Empiètement auquel Mr M reste extrêmement sensible, comme en témoigne ses explosions de colère lorsqu'un voisin fait du bruit et qu'il ne peut calmer sa violence et se détendre qu'en s'échappant dans la nature pour faire une balade.

Pourtant, il trouve un travail stable à 23 ans, ce qu'il considère comme sa planche de salut ; il est d'ailleurs encore employé par la même entreprise. Deux ans plus tard, il s'installe dans son propre appartement, il s'estime alors réconcilié avec son père. Toutefois, la nécessité de s'assumer seul le met rapidement en grande difficulté. Il a bien quelques relations avec des femmes mais sans cohabitation continue et sans désir de fonder une famille, me dit-il. C'est à cette époque qu'il met en place un rituel pluriquotidien d'injection d'héroïne, qui s'ajoute à son joint vespéral dont il a pris l'habitude depuis plusieurs années, consommations qui lui permettent de contenir l'instabilité de son humeur. La ritualisation de ses pratiques toxicomaniaques lui donne l'illusion de pouvoir les maîtriser définitivement. Pourtant, ses consommations d'héroïne s'emballent, le mettent en difficultés financières et il finit par en perdre le contrôle ; c'est alors l'effondrement dépressif qui entraîne son hospitalisation en psychiatrie à deux reprises pour des périodes de 15 jours (à l'époque, les traitements de substitution ne sont pas encore autorisés en France). Époque pendant laquelle, probablement, ses parents prennent enfin conscience de son addiction à l'héroïne.

Mr M est ensuite suivi par un psychiatre qui lui prescrit un traitement antidépresseur, le Prozac, mais son effet euphorisant artificiel (sic) ne lui convient pas, me dit-il, et il l'arrête

⁶¹ Séance 17, 8 mois plus tard, période où il souhaite revenir à une substitution par Subutex.

⁶² Il s'explique le mode de présence envahissant de sa mère par le fait qu'elle ne travaillait pas et était donc toujours dans la maison et au courant de tout ce qui s'y passait.

rapidement. Plus tard, il tentera une thérapie cognitivo-comportementale avec un deuxième psychiatre dont il appréciera beaucoup les explications qu'il lui donne sur les bases théoriques de cette méthode. La rationalité de cette dernière lui convient bien⁶³. Cependant, après plusieurs années de traitement, son psychiatre lui signifie qu'il ne peut plus rien pour lui et lui donne l'adresse d'un psychologue. Cette nouvelle tentative de thérapie tourne court car ce psychologue restait muet « se la jouant Mister Freud », mais lui demandait 250 F par séance me déclare-t-il. Il n'y est allé que deux ou trois fois, et ajoute, l'air très satisfait de lui, qu'il est parti sans payer la dernière séance... Puis, sa mise sous traitement Subutex par son médecin généraliste lui permet d'arrêter ses consommations d'héroïne qu'il remplace par l'usage toxicomaniaque de sa substitution. Il se fait trois injections intraveineuse quotidienne de Subutex, toujours très proprement⁶⁴, sans prendre de risque, ce qui lui permet de retrouver une humeur stable. Il participe d'ailleurs à la structure administrative du CAARUD qui lui fournit son matériel de shoot stérile. Par contre, il ne révélera jamais ses pratiques d'injection à ses parents, chez lesquels il est pourtant retourné vivre. Il récupère ainsi son étayage objectal, qui, associé à son activité toxicomaniaque secrète⁶⁵, lui procure un équilibre narcissique suffisant pour se relancer, avec succès cette fois-ci, dans une formation, en cours du soir, nécessaire à son accession à un emploi plus qualifié⁶⁶. Il devient technicien.

2.1.5.4. Un équilibre narcissique instable

Lors de vacances d'été en Afrique du Nord, Mr M tombe amoureux d'une femme dont il admire le dynamisme et l'indépendance. Rencontre « coup de foudre », me dira-t-il.

Dans ce pays, il ne mésuse pas du Subutex ; il l'informe cependant de son traitement de substitution, lui expliquant qu'il est déterminé par ses consommations antérieures d'héroïne, sans lui parler de ses pratiques d'injection. Néanmoins, comme il continue de fumer du cannabis, elle lui demande de cesser tant qu'il est dans son pays car la police peut avoir des réactions imprévisibles et les prisons de cette contrée sont redoutables, assure-t-elle.

⁶³ Il me dit, par exemple, que lorsque les choses ne sont pas gouvernées par la raison, il se sent perdu.

⁶⁴ Pour désinfecter sa peau avant l'injection, il utilisait de l'alcool à 70° à raison d'un flacon tous les 8 à 15 jours, ce qui finira par inquiéter sa femme qui se demande s'il ne les utilise pas pour s'alcooliser car elle méconnaît encore ses pratiques d'injection. (Séance 28)

⁶⁵ Activité toxicomaniaque secrète qui lui permet de rester en contact avec l'embryon de son vrai-self tout en le préservant de sa violation par les autres. Bien que sa mère connaisse alors ses problèmes de toxicomanie, depuis ses hospitalisations je suppose, ils n'évoquaient jamais son traitement de substitution. Mr M pense que sa mère ne soupçonnait pas ses pratiques d'injections.

⁶⁶ Il reconnaît qu'il a pu reprendre ses études seulement parce qu'il était retourné chez ses parents, c'est-à-dire avec, à disposition, une mère assurant tous ses besoins d'autoconservation, il était nourri et blanchi...

Ils décident de se marier, d'abord en France, puis dans le pays d'origine de madame après que Mr M ait dû se convertir à l'Islam car le mariage civil n'existe pas en ce lieu. Le couple s'établit en France, ce qui représente une concession pour madame. Elle trouve cependant rapidement un emploi et ils achètent alors à crédit un appartement dans lequel ils s'installent et que Mr M projette de restaurer lui-même. Dès le début de leur vie commune, elle lui impose l'arrêt complet de ses consommations de cannabis, ne pouvant admettre qu'il en ait besoin. Malgré tout, Mr M, poursuivant ses injections secrètes de Subutex, parvient à maintenir plusieurs années encore un équilibre narcissique qui lui permet de mener une vie suffisamment satisfaisante sur les plans affectif et professionnel. Il énumère ainsi, trois évènements heureux dans sa vie, la reprise de ses études, son mariage et, 5 ans plus tard, la naissance de sa fille.

Cependant, les vicissitudes de son histoire vont progressivement concourir à déstabiliser Mr M, mais aussi son couple. Tout d'abord, selon lui, l'attention de madame reste trop longtemps focalisée sur leur fille, et il se sent abandonné. Ensuite, après plusieurs années de mariage, sa compagne découvre ses pratiques d'injection, plus par la perception tactile que visuelle des traces qu'elles laissent sur ses bras, me dit-il. Elle fait alors pression sur lui jusqu'à ce qu'il vienne se faire soigner. Enfin, le décès de la mère de Mr M les laisse, lui dans un deuil impossible à dépasser et elle, sans soutien féminin, puisque sa propre famille est restée au pays. De plus, Mr M soulignera que sa grand-mère maternelle est décédée seulement trois semaines avant la naissance de sa fille. C'est dans ce contexte qu'il vient demander de l'aide au CSAPA.

Le médecin accepte sa demande de changement de traitement de substitution et lui prescrit de la méthadone sirop plus difficilement injectable que les comprimés de Subutex. Il lui fait également un arrêt de travail d'une semaine pour qu'il puisse venir quotidiennement au Centre, le temps d'ajuster la posologie.

Notre 2^{ème} entretien a lieu trois jours après le début du changement de son traitement et, déjà, la désorganisation de son économie défensive, probablement induite par l'arrêt de son comportement d'injection, laisse poindre des signes de dépression. Dans les séances suivantes, il déploie sa tristesse par des plaintes ayant trois motifs principaux. Tout d'abord, il attribue son état, à la disparition de sa mère partie trop vite, en quelques mois, d'une récurrence de leucémie. Cependant, il tente de se distancier de sa douleur en mettant en avant les conséquences concrètes de cette perte et en la projetant sur sa fille : il me dit, par exemple, qu'il ne peut plus emmener sa fille chez ses parents car il ne reste plus que le grand-père qui

n'a pas l'habitude des enfants. Le deuxième thème de ses plaintes concerne son couple au sein duquel l'incompréhension mutuelle grandit, conséquence du malentendu initial lié à sa tendance à cacher et/ou banaliser ses consommations et à la méconnaissance de la problématique addictive de son épouse⁶⁷. De plus, ils « dorment mal » car sa fille ne parvenant plus à trouver le sommeil dans son lit, ils finissent toujours par la prendre avec eux dans le lit conjugal. Enfin, il se trouve aussi très désemparé de ne plus avoir accès aux moments de détente que lui procuraient ses trois injections quotidiennes de Subutex qu'il pratiquait dans un rituel immuable : une le matin avant de quitter son domicile, la deuxième en milieu de journée, donc sur son lieu de travail, pour laquelle il s'isolait dans sa voiture et prenait un long temps de pause d'une heure et demi, et la dernière le soir après le repas.

2.1.5.5. Alexithymie et deuil pathologique

Dans la remémoration de son histoire, seuls les faits objectifs ont de l'importance, la façon dont ils ont été vécus subjectivement par chacun des protagonistes reste pour lui un mystère impénétrable dans la mesure où les hypothèses qui pourraient être formulées demeureront invérifiables. En ne voulant rien en savoir, il dénie et disqualifie les émotions des autres, et du coup les siennes propres, pour mieux s'en protéger. Protection rendue nécessaire en raison de son hypersensibilité émotionnelle probablement en partie acquise dans l'enfance suite à la détresse vécue face aux états dépressifs maternels, mais peut-être aussi héritage transgénérationnel (cf. 2.2.3). Ainsi, lorsque lui-même est en jeu, les émotions liées à une scène ne sont jamais explicitées au premier abord. Il me propose la métaphore de la boîte noire pour me faire comprendre ce qu'il ressent lorsqu'il évoque son histoire. Il m'explique que cette image provient de son métier d'électrotechnicien⁶⁸ : il y a les entrées et les sorties mais on ne sait pas ce qui se passe à l'intérieur. En ce qui concerne son monde interne, c'est pire car il ne connaît ni les entrées, ni les sorties... Par association et suite à une émission de télévision qu'il a regardée, il se dit que l'hypnose lui permettrait peut-être de mieux se comprendre, d'ouvrir la boîte noire. Pourtant, il me déclare avoir gravé volontairement dans sa mémoire le souvenir de leur déménagement lorsqu'il avait 2 ans et demi. Il se voit en bas

⁶⁷ Mr M. pense que la motivation la plus forte du choix de sa femme de se marier avec un européen est la fuite du machisme des hommes de sa société d'origine. Elle avait, en effet, essuyé plusieurs déboires amoureux avant de le rencontrer. Comme j'ai pu le deviner à travers l'histoire matrimoniale de plusieurs patients, la capacité de discernement des femmes du sud est amoindrie par leur aspiration à s'affranchir de leur servitude morale et/ou matérielle.

⁶⁸ Je pense que cette métaphore provient aussi de son expérience antérieure des thérapies cognitivo-comportementales.

de l'immeuble portant une porte de placard, entouré d'adultes ; il ne sait pas qui ils sont exactement, mais il suppose qu'il y a sa mère... et probablement son père. Il estime qu'il s'agit d'un souvenir heureux, pourtant l'évoquer lui fait monter les larmes aux yeux⁶⁹. Il poursuit en disant que lui et son père aiment garder les objets en souvenir, par contre, sa mère, qui avait déménagé plusieurs fois dans son enfance, avait l'habitude de jeter. Il s'étonne au passage de constater que, de ce point de vue, sa femme ressemble à sa mère. Il me dit que son rêve serait d'avoir une maison de famille transmise depuis plusieurs générations⁷⁰. Ce travail sur son histoire réveille des émotions dont il a besoin de se remettre avant de pouvoir revenir, c'est pourquoi il préfère espacer ses entretiens de 15 jours, donc, indépendamment de ses obligations professionnelles comme il l'avait avancé précédemment.

Ses affects l'envahissent, en effet, sans qu'il ne parvienne à les symboliser. Ainsi, lorsqu'il me parle de l'agonie de sa mère, il pleure mais ne peut dire avec des mots, ni sa tristesse, ni son désarroi et encore moins sa colère. Face à sa fille de 2 ans qui lui demande où est sa mamie, il pleure également et lui répond qu'elle ne la reverra plus, mais que sa grand-mère lui fait plein de bisous ; devant l'insistance de sa fille le questionnant tous les soirs, il finit par lui dire qu'elle est derrière la lune⁷¹. Je lui dis que la persistance des interrogations de sa fille sont peut-être dû au fait qu'elle voit son père triste suite à la disparition de sa grand-mère⁷². Il associe sur sa propre enfance et l'inquiétude qu'il ressentait lorsque sa mère n'était pas bien. Lui revient aussi un rêve, fait après le décès maternel, dont l'étrangeté le surprend : *sa mère rentrait chez elle ramenée par des proches en voiture comme de retour des courses et personne n'était surpris, sauf lui qui s'étonnait et interrogeait : « Mais tu étais morte et tu peux revenir ? »*⁷³ *Sa mère acquiesçait tout naturellement tandis que son père lui faisait constater que rien n'avait changé dans sa maison.* Mr M ajoute que la maison de ses parents est restée identique depuis la disparition de sa mère, avec juste un peu de désordre car son père ne sait pas faire le ménage. Il pense d'ailleurs que ce dernier a autant de difficultés que

⁶⁹ Est-ce le souvenir de la dépression maternelle, ayant semble-t-il suivie ce premier déménagement, qui est à l'origine de cet affect de tristesse ? Le déménagement lui-même aurait alors été le dernier souvenir d'enfance d'une mère heureuse.

⁷⁰ Je ne connais pas encore à ce moment-là sa « préhistoire » personnelle, mais à postériori, cette aspiration peut être comprise comme un souhait de réparation des cassures de ses lignées paternelle et maternelle, ou peut-être d'enracinement sécurisant.

⁷¹ Ainsi, Mr M. propose en quelque sorte à sa fille une monade *céleste*, formation typiquement narcissique comme le souligne Grunberger (1989) en pensant au « narcissisme cosmique », p. 577.

⁷² Plus tard, en arrosant le jardin le soir avec sa fille, il esquissera un début de jeu en lui proposant d'arroser aussi la lune, d'arroser grand-mère (séance 35).

⁷³ Interrogation qui fait écho à celle, probable, du petit garçon de 6-7ans que Mr M a été lors de son retour avec sa mère chez son père.

lui par rapport à ce décès puisqu'il n'a rien modifié dans la maison depuis la mort de son épouse.

Ses angoisses de perte resurgissent massivement lorsqu'il doit assister à des funérailles ; quelques jours après les obsèques du père de l'un de ses copains, encore bouleversé, il me dit qu'il n'a pas pu rester jusqu'à la fin de la cérémonie car il a été envahi par la pensée douloureuse de la disparition de sa mère. Il lui semble qu'il enterre tous les 6 mois l'un des parents de ses copains. C'est aussi pour éviter d'être submergé par ses angoisses et de s'effondrer qu'il ne se rend jamais au cimetière sur la tombe familiale, il ajoute que ce n'est pourtant pas loin de son lieu de travail, dans un endroit boisé et agréable où il allait souvent auparavant entre 12 et 14h (séance 35).

2.1.5.6. L'énigme du rituel d'injection

Mr M me parle avec nostalgie de l'équilibre que lui procuraient ses injections de Subutex et qu'il ne retrouve pas avec la méthadone.

Il se plaint de ne même plus avoir la possibilité du recours au cannabis car, au-delà de l'interdiction de sa femme, il m'explique qu'après avoir fumé, il faut disposer de temps pour que les effets se dissipent avant de retourner se confronter aux autres ; or, sa vie familiale ne le lui permet plus. Je constate son état déprimé mais il me répond qu'il a eu des périodes bien pires où il s'est « senti au bout du rouleau », en particulier aux moments de ses hospitalisations.

Un mois et demi après son changement de substitution aux opiacés, alors qu'il avait annulé son rendez-vous, il vient malgré tout me voir. Il a passé la nuit aux urgences à cause d'un syndrome de manque qu'il avait déclenché en utilisant deux ou trois cotons de Subutex pour se faire une injection. Ebahie, je lui demande si ces cotons sont ceux dont il se servait auparavant pour filtrer ses suspensions de Subutex. Il acquiesce et banalise son comportement en me disant que tous les toxicomanes font de même. Je lui demande encore s'il sait qu'il est risqué de mélanger méthadone et Subutex, il l'admet, mais pensait qu'ayant pris sa méthadone le matin, il pouvait s'injecter du Subutex le soir (alors que la demi-vie de la méthadone est au minimum de 15h). Ce passage par l'acte me semble mettre en scène sa détresse psychique dans l'intention inconsciente d'alerter, voire de punir ou culpabiliser, les spectateurs qu'il estime responsables de son état, à savoir sa femme, qui comme lui est arrivée en retard à son travail en raison de leur nuit blanche, et ses soignants (moi et son médecin).

Après cet épisode, il se remet à réfléchir sur la nécessité qu'il ressent d'avoir recours aux psychotropes. Il me parle de son besoin de se mettre en retrait grâce aux produits, soulignant qu'il a ressenti cet impératif y compris lorsqu'il était très amoureux de sa femme.

Dès la fin du premier mois de son traitement méthadone, il commence à prendre un apéritif le soir pour combler le manque de ses intraveineuses de Subutex. Le matin, étant bousculé par la nécessité d'emmener sa fille chez la nourrice, il n'y pense pas trop, mais à midi, il commence à ressentir un état de flottement et le soir, après avoir couché sa fille, il a désormais recours à l'alcool pour atténuer le vide qui l'envahit. Cependant, les méfaits somatiques de ce psychotrope légal lui font très peur.

Mr M me déclare un jour que c'est d'un rituel dont il a besoin⁷⁴ et, péremptoire, il ajoute que la méthadone ne peut pas se ritualiser, il la prend le matin et ensuite, il n'a plus rien pour le reste de la journée. D'où son usage compensatoire d'alcool qu'il transforme progressivement en rituel : il en vient à prendre un apéritif en fin de matinée, puis du vin au cours du repas de midi et préfère ensuite s'isoler dans sa voiture après le déjeuner plutôt que de rester avec ses collègues. Le soir, il privilégie les alcools forts. Plus tard, pour boire de façon aussi discrète que lorsqu'il pratiquait ses injections de Subutex, il utilisera des mignonettes. Il a aussi l'impression que ces dernières ont l'avantage de lui permettre de mieux contrôler ses consommations. Il en remplit une le matin qu'il boit après avoir déposé sa fille chez la nourrice et avant d'être arrivé au travail. Ensuite, il en reprend une ou deux à midi et reconnaît qu'il n'est parfois pas très clair lorsqu'il retourne travailler, puis une autre le soir avant de rentrer chez lui. Ainsi, les mignonettes ont remplacées les Stéribox, mais il se plaint qu'il prend beaucoup plus de risques avec l'alcool qu'avec le Subutex

La ritualisation de ses consommations d'alcool semble donc lui permettre de retrouver ce rythme de retour en lui-même, sorte de cadre temporel nécessaire à sa continuité d'être, rythme perdu lors de son passage au traitement méthadone en prise quotidienne unique.

Il précise que ce n'est pas pour s'abrutir qu'il prend des produits, bien qu'il reconnaisse que l'alcool, l'endort, en particulier le soir, mais il faut bien « meubler le quotidien » ajoute-t-il. Il m'affirme aussi qu'il ne recherchait pas l'euphorie avec l'héroïne mais une certaine stabilité de l'humeur. Cependant, il ne reconnaît toujours pas son addiction à l'injection, persuadé que le Subutex lui convenait mieux que la méthadone. Pour preuve, il

⁷⁴ Séance 28

me dit que lorsqu'il part en vacances à l'étranger, il n'emmène pas de kit d'injection et la prise sublinguale de Subutex ne lui pose pas de problème ; par contre, il avoue que quelques jours avant son retour, il recommence à penser aux injections et a hâte de les reprendre, ce qu'il fait dès son arrivée en France.

Quelques mois plus tard, il m'expliquera que les injections de Subutex, ou désormais sa mignonette de whisky l'aident à répondre à son besoin d'être reclus, ce que ne lui permet ni la méthadone, ni le Subutex pris sous la langue. A ma question de savoir depuis combien de temps il ressent ce besoin, il me répond depuis toujours⁷⁵. Ce n'est qu'*a posteriori* que je comprends cela comme une nécessité de se protéger de l'empiètement par l'environnement et de se rassembler. Ainsi, au-delà de l'équilibre thymique recherché, son rituel d'injection de Subutex est une façon de se retrouver lui-même et de rythmer ses journées.

2.1.5.7. De la dépression aux revendications narcissique et identitaire

La perspective de vacances prochaines diminue un temps ses plaintes dépressives, mais elle redouble à son retour, si bien que le médecin, après 4 mois de traitement méthadone, lui prescrit, en plus, un antidépresseur.

Après quelques semaines de traitement, il dit se sentir mieux ; bien que ce médicament ne lui ait pas permis de baisser sa consommation d'alcool, il pense qu'il l'aide à la stabiliser. Pourtant, il abandonnera progressivement cet antidépresseur dont il ne perçoit aucun effet immédiat lors de sa prise.

Il s'agit d'une période où, en plus de son travail, il est très occupé à la rénovation de son appartement, activités qu'il ressent également comme antidépressive. Il m'énonce ainsi le déroulement de ses journées avec tous ses repères horaires, sans oublier de me rappeler qu'il est obligé de rattraper la demi-journée de travail qu'il perd lorsqu'il vient à ses rendez-vous avec moi. A l'écoute de sa problématique occupationnelle, témoin de sa vie opératoire (Smadja, 2001), il commence à me faire ressentir l'ennui.

Cependant, au fil du temps, ce fonctionnement s'avère insuffisant pour maintenir l'équilibre thymique de Mr M et il perd son entrain un moment retrouvé. En conséquence, les réparations de leur appartement traînent en longueur, ce qui est un sujet de discorde avec sa

⁷⁵ Séance 22.

femme. Il parvient encore à faire bonne figure, mais avoue qu'il ne va pas bien. Il considère que ses consommations d'alcool se sont stabilisées à un niveau trop élevées. Il me donne pour exemple la bouteille d'alcool qu'il a emportée lors de ses dernières vacances alors qu'il ne le faisait jamais avant.

Ses plaintes dépressives fréquentes ne passent à l'arrière-plan que lorsque se réveille ses revendications narcissiques et, c'est à l'égard de son objet d'attachement actuel, son épouse, qu'elles sont les plus vives.

Mr M va finir par considérer que son véritable problème est son couple car sa femme, en désespoir de cause, se retire de la relation pour tenter de faire pression sur lui afin qu'il arrête ses consommations d'alcool. Mr M pense qu'il ne l'aime plus mais me dit, les larmes aux yeux, que sa plus grande crainte est qu'elle s'éloigne de lui. Pris dans cette position narcissique paradoxale, il oscille entre l'attaque rageuse⁷⁶ de cet objet décevant et son incapacité à se passer de la fonction de self-objet portée par sa compagne, sous peine d'hémorragie narcissique et d'effondrement psychique. Sa position est bien résumée par la phrase de Caillot et Decherf (1989) : « vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel ».

En ce qui concerne son traitement méthadone, après huit mois il entreprend d'en faire le bilan pour conclure que c'est un échec : il s'estime devenu plus irritable, ce qui se traduit par des disputes avec sa femme dont tout le monde pâtit, en particulier sa fille. Comme il ne veut pas divorcer, il me déclare que la seule solution est de revenir au Subutex, pour qu'il retrouve une humeur plus stable. Il ajoute avec un petit sourire qu'il n'est pas sûr de parvenir à ne pas l'injecter. Je lui confirme que ce serait difficile pour lui, car je pense qu'il est dépendant du geste. Il refuse encore cette idée, argumentant qu'il a essayé de s'injecter de l'eau et qu'il n'a pas obtenu le même effet... et concluant que c'est le Subutex qui l'apaise. Je souligne sa particularité, en constatant que la plupart des personnes dépendantes aux opiacés sont mieux soulagées par la méthadone que par le Subutex. Pour finir, sans afficher de déception, il fait le constat de ma réticence à cautionner ce que je considère alors comme un retour en arrière. Ceci ne l'empêche pas de demander à voir le médecin le jour même pour lui exposer son argumentaire, alors qu'il n'a pas de rendez-vous prévu avec lui. Comme ce médecin refuse de changer sa prescription, il l'accuse de l'acculer à l'alcoolisme dont il redoute les conséquences somatiques.

⁷⁶ Il commence à dénigrer sa femme, me disant par exemple qu'elle passe son temps libre devant la télévision plutôt que de lire, ajoutant que sa belle-mère est d'ailleurs analphabète.

Quinze jours plus tard, lors de notre entretien suivant⁷⁷, il vient mettre en scène sa colère. Au préalable, il téléphone au CSAPA et demande à l'infirmier de déplacer son rendez-vous de 10h à 13h sous le prétexte qu'il a trop de travail pour se permettre de prendre sa matinée. De ce fait, je ne pourrais le recevoir qu'une demi-heure. Il arrive avec, à la main, un sandwich chaud, sentant bon le pain grillé, qu'il a entamé. Sur un ton revendicateur, il me demande s'il peut continuer à manger ; comme j'accepte, il s'installe, mord une bouchée et me propose de faire de même si je veux⁷⁸... Il me dit ensuite que ça ne va pas et qu'en plus, aujourd'hui, il n'a pas envie de parler. J'entends que, comme la méthadone, je ne lui sers à rien ce qui suscite sa colère. Pourtant, il poursuit en récriminant contre sa femme qu'il dévalorise : il la croyait plus intelligente et moins bornée, elle reste incapable de comprendre qu'il ne peut pas se passer de produits psychotropes, que ça fait partie de sa nature. Cette revendication identitaire reviendra à plusieurs reprises au cours de nos entretiens. Identité de toxicomane, qu'il affirme en participant à la structure administrative d'un CAARUD et pour laquelle il consacre du temps afin de tenter d'en redorer le blason et d'en faire reconnaître sa validité au niveau social, à défaut d'oser le faire auprès de sa famille.

Les nouvelles plaintes de Mr M me donnent le sentiment qu'il reste enfermé dans ses rationalisations, aussi, j'essaie d'attirer son attention sur les affects qui le traversent, mais il coupe court à ma tentative en me rétorquant que ses émotions sont justement à fleur de peau ! Je crois qu'il me fait comprendre ainsi, qu'il ne faut surtout pas qu'elles débordent car il ne saurait y faire face. Il a un mouvement reconnaissant la sollicitude de sa femme qui craint qu'il lui arrive un accident lorsqu'il boit, mais ajoute aussitôt qu'elle appréhende encore plus qu'on lui retire son permis car elle-même ne conduit pas, et de conclure sur un ton désabusé que ce n'est donc pas pour lui qu'elle a peur. Il termine en constatant que seule leur fille les maintient ensemble et, ému, dit sa crainte qu'elle subisse les conséquences de leur discorde. Cette identification est probablement rendu possible par la réminiscence de son expérience infantile⁷⁹.

Dans les séances suivantes, sa colère passée, il accepte un temps d'abandonner l'idée de revenir au Subutex mais pense que, quoiqu'il en soit, il ne pourra pas se passer de

⁷⁷ Séance 19

⁷⁸ Dans un bref moment de culpabilité ?

⁷⁹ Chaque fois qu'il évoque sa fille, il me donne l'impression de compatir à la détresse du bébé qu'il a été et dont il porte les traces. C'est ainsi qu'il reproduit le fonctionnement de sa mère à son égard, en utilisant sa fille comme son prolongement narcissique.

psychotrope, sinon, ce qui le guette c'est l'ennui⁸⁰. Il ajoute qu'en prenant des rendez-vous avec moi, il garde une petite lampe allumée, mais que le jour où il estimera que ça ne lui apporte plus rien, il ne viendra plus...

L'accalmie de ses revendications ne dure pas. En effet, le médecin qui l'avait pris en charge jusqu'alors quitte le Centre et, dès lors, il réclame de voir un autre médecin pour lui réitérer sa demande de retour à un traitement Subutex.

2.1.5.8. La rationalisation : entre défense et emprise

Très tôt, il me fait part de ses critiques vis-à-vis de la prohibition de l'usage de drogues qui lui paraît insensé puisque, depuis toujours et dans toutes les cultures, les hommes y ont recours. Echos probables de son militantisme au sein du CAARUD qui lui fournissait son matériel d'injection et dont il a fait partie du conseil d'administration, en tant qu'usager, jusqu'à son mariage⁸¹. Il s'insurge aussi contre ces lois qui répriment l'usage d'héroïne mais autorisent celui d'alcool qu'il considère comme la pire des drogues.

Il se demande à quoi lui sert la méthadone inapte à remplacer ses injections de Subutex pour maintenir son équilibre émotionnel. Lorsque je lui fais remarquer que la méthadone lui permet au moins d'éviter le manque physique, il hausse les épaules et dit qu'il pourrait le prévenir en diminuant progressivement les doses, mais le médecin n'est pas d'accord en raison du risque qu'il compense l'arrêt de la méthadone par une absorption plus importante d'alcool. Pourtant, tout en poursuivant son traitement de substitution, il augmente malgré tout sa consommation d'alcool sans qu'il ne remette jamais en cause son aptitude à conduire. Comme je m'inquiète des risques qu'il encoure, il dénie tout danger excepté la menace d'un retrait de permis. Il me dit que cette éventualité serait catastrophique, car il lui faudrait deux heures pour aller travailler en transports en commun, de plus sa femme ne conduit pas ; il en conclue qu'il serait obligé de conduire sans permis. Il estime inadmissible de retirer le permis des gens, surtout à la campagne où certains travaillent à 40 km de chez eux. Il me déclare que si les règles sur les limites de taux d'alcool dans le sang sauvent

⁸⁰ Séance 20

⁸¹ A côté de son intérêt sanitaire, le militantisme pour la réduction des risques dans le domaine de la toxicomanie peut également servir de support aux rationalisations collectives des sujets dépendants, mais aussi des intervenants en toxicomanie, voire des soignants et conduire à des sécrétions idéologiques (Ionescu et al, 1997, p. 235) paradoxales. Proposer l'ouverture de salles de shoot alors que l'usage d'héroïne n'est pas encore légalisé, me paraît en être un exemple.

quelques vies, elles en détruisent d'autres, celles de ceux qui se retrouvent sans permis et sans possibilité de travailler !... Il ajoute qu'il serait plus judicieux d'apprendre à conduire sous alcool... Evoquer l'arrêt de ses consommations, lui fait craindre un ennui mortel.

Ainsi, au fil des séances, il me décrit dans le détail l'augmentation de ses consommations d'alcool et les quantifie précisément : huit mois après son changement de substitution, il en est à une bouteille de whisky tous les deux jours. Il me semble que c'est de nouveau un moyen de dire sa souffrance à défaut de pouvoir la qualifier avec le vocabulaire des émotions. Expression d'une plainte, qui se fait voir⁸² plutôt qu'entendre, vis-à-vis de l'inadéquation de son environnement actuel à ses besoins fondamentaux⁸³. Sa compagne est déçue qu'il ne parvienne pas à se passer de tout produit et lui reproche de l'avoir trahie antérieurement avec ses injections de Subutex et, maintenant, la boisson. Il pense que l'incompréhension de sa femme est due au fait que dans son pays, il n'y a pas d'éducation à la consommation d'alcool, alors que lui-même a été initié très tôt puisqu'à deux ans, on lui faisait finir les fonds de verre de champagne !...

Mr M me déclare aussi un jour qu'il souhaiterait enregistrer nos échanges car lorsque son épouse lui demande comment s'est passé son entretien, il ne se souvient jamais exactement de ce que nous avons dit ! Je refuse, lui disant que l'important n'est pas l'exactitude des propos échangés mais ce qu'ils peuvent générer chez l'un et l'autre. Je crains, en effet, qu'il utilise de tels enregistrements pour accroître son emprise rationalisante à l'encontre de sa compagne et je commence à comprendre que c'est pour se défendre de cela que cette dernière a tendance à s'enfermer dans le mutisme. Au sein de son couple, il met alors en place une défense perverse narcissique qui renforce son clivage du moi par fragmentation et son besoin de contrôle sur l'objet⁸⁴. Comme sa femme refuse de se rallier à la raison, c'est-à-dire à sa raison, à lui, il la traite par le mépris. Il affirme qu'il a besoin de psychotropes, qu'il avait trouvé un bon équilibre avec l'injection de Subutex et c'est donc l'idiotie de sa femme qui fait qu'il se retrouve en difficulté... Il ajoute l'argument financier, l'alcool lui coûte cher, désormais 150 € par mois, sous-entendu, alors que le Subutex est gratuit ! A travers le discours de Mr M, j'entends le désespoir de son épouse qu'il a connu dynamique et qu'il décrit désormais comme apathique et fatiguée.

⁸² Chez lui, à cette époque, il ne se cache pas encore pour boire, au moins pour une partie de ses consommations.

⁸³ Inadéquation qui est l'écho méconnu de celle de son environnement primaire.

⁸⁴ Eiguer, *Outrage à l'intimité*, p. 862-864.

2.1.5.9. Retour aux injections et mouvement régressif

Après deux mois de suivi par son nouveau médecin, Mr M m'annonce qu'il a pris la décision de revenir au traitement par Subutex et qu'il s'apprête à lui en faire la demande puisqu'il doit le voir après notre entretien. Bien que surpris par cette requête peu commune, ce médecin en acceptera le principe mais le diffère de 15 jours et lui dit qu'il lui prescrira non pas du Subutex, mais le générique, la buprénorphine, plus difficile à injecter. De mon côté, après l'avoir écouté déployer toutes les améliorations qu'il attend de ce changement de substitution, sceptique, je lui dis que cela aura au moins l'avantage de lui permettre de se réapproprier les soins médicaux. Cependant, il reconnaît être incertain de sa capacité à ne pas reprendre ses injections. Je lui demande alors s'il a encore des seringues chez lui ; il me regarde en soupirant et avoue qu'il lui reste un Stéribox... Ma crainte de son retour à son comportement d'injection stimule mon imagination à la recherche de rituel substitutif mais ses pratiques toxicomaniaques lui paraissent irremplaçables. Si bien que dès le début, il fractionne sa dose quotidienne en trois et ne tiendra ses prises sublinguales que quelques jours. Progressivement, il reprend ses injections, d'abord une fois par jour avec les deux autres prises en sublingual, puis 2 fois par jour. Pour tenter de freiner ses conduites d'injection, le médecin double sa dose de Buprénorphine et la porte à 16mg, mais en vain. Son changement de substitution s'accompagne d'une période d'apaisement au cours de laquelle il se déclare satisfait de se sentir plus détendu, y compris dans les relations avec sa femme. Il consomme moins d'alcool. Cependant, après quelques semaines, trouvant de plus en plus difficilement les veines de ses bras qui lui semblent indurées, ses angoisses resurgissent. Le temps qui lui est nécessaire pour pratiquer ses injections augmente aussi progressivement. Il s'était précédemment vanté de parvenir à faire ses injections de Subutex en 12 min, avant le début de son traitement Méthadone, me disant qu'il s'amusait à se chronométrer, mais désormais il lui faut entre 30 et 90 min. Il se résout à ne faire plus qu'une injection par jour en s'administrant la totalité de sa dose quotidienne et lorsqu'il n'y parvient pas, il met le contenu de la seringue dans sa bouche. Il reconnaît alors que l'effet de la buprénorphine sans l'injection n'est pas suffisant, c'est pourquoi il revient aussi à l'alcool (séance 35). Je lui demande quel effet il recherche ainsi. Il ne trouve pas vraiment de mot mais me montre avec sa main que ça fait une marche d'escalier. Je lui propose le mot « euphorie » qu'il accepte en précisant que par contre, il ne faut pas que ce soit trop haut pour qu'il puisse travailler et s'occuper de sa fille. Il m'explique que lorsqu'il était sous Subutex,

« il tournait sur seulement 4 ou 5 veines » alors que depuis qu'il prend de la Buprénorphine, il ne peut plus utiliser la même veine deux fois de suite, du coup il va chercher les petites veines de ses mains que je vois enfler avec inquiétude.

Finalement, après 4 mois de prescription du médicament générique, il convainc son médecin de le remettre sous Subutex, moins nocif que la Buprénorphine par voie intraveineuse. Comme argument de persuasion, il lui propose de descendre sa dose à 8mg. Malgré tout, les injections restent difficiles et sa déception est à la mesure de leur idéalisation. Lorsque les veines de ses membres supérieurs deviennent inaccessibles, il passe aux jambes et les jours où il ne peut injecter, il a recours à l'alcool. Ne pouvant admettre ces restrictions qu'il estime survenues subitement, il incrimine la buprénorphine qui lui a abîmé les veines. Les cicatrices multiples qu'elles ont subies et leur vieillissement ne lui semblent pas responsables de cet état de fait. Imaginer la vie sans produit fait naître en lui l'angoisse à l'idée de l'ennui qui s'ensuivra. Cette appréhension me semble être l'équivalent de la crainte de l'effondrement repérée par Winnicott (1975). Dans un mouvement mélancolique, il associe ce sevrage impossible au sevrage du nourrisson qui doit abandonner le sein pendant de nombreuses années avant de le retrouver chez l'amante ; il ajoute que pour le bébé fille c'est encore pire puisque ce sevrage est irrémédiable... Comme sa déclaration sans ambages me surprend, il m'affirme que tous les hommes pensent ainsi.

Il souhaiterait se réconcilier avec sa femme mais ils ne trouvent plus de terrain d'entente, tout est source de conflit et de déception, de l'éducation de leur fille aux complications du Ramadan, en passant par leurs week-ends mornes et sans sortie (séance 39). Sa compagne a, en effet, découvert après quelques mois qu'il avait repris ses injections, ce qui lui fait perdre espoir. Elle déclare à Mr M qu'elle a raté sa vie.

Le temps s'immobilise. Se projeter dans l'avenir devient trop angoissant, mais Mr M ne peut envisager la séparation et pour lutter contre cette idée, il fait feu de tout bois : leurs salaires trop faibles pour vivre séparément, son incapacité à s'occuper seul de sa fille au-delà de quelques heures, etc...

Ainsi, la reprise des pratiques toxicomaniaques représente le début d'une régression narcissique et leur idéalisation creuse le clivage de Mr M.

2.1.5.10. La séparation

Mr M focalise désormais tous ses problèmes sur son lien conjugal. Il se plaint que son épouse soit incapable de le comprendre, de le prendre tel qu'il est. C'est à ce moment que se dévoile l'ampleur de son fonctionnement narcissique, et, en particulier, l'usage narcissique qu'il fait de ses objets actuels, sa femme, mais aussi sa fille, qui sont ses self-objets au sens de Kohut. Effondré, il me dit un jour qu'il voudrait former une famille avec sa fille et la mère de sa fille mais sans sa femme !

Cette année-là, pour la première fois, son épouse décide de partir seule avec sa fille visiter ses parents pendant ses vacances. Au niveau manifeste, Mr M. est d'abord attristé et vexé, mais finalement c'est le soulagement qui domine en raison de la disparition momentanée des tensions conjugales. Il en profite d'ailleurs pour se rapprocher de ses anciens amis toxicomanes et découvre qu'ils rencontrent les mêmes difficultés que lui à poursuivre leurs injections. A son retour, sa femme semble avoir changé d'attitude à son égard, elle passe du mutisme aux récriminations. Mais quelques mois plus tard, elle lui annonce son intention de divorcer, ce qui réveille ses angoisses d'abandon qui font écho à celles déjà vécu au décès de sa mère, mais aussi aux angoisses des générations précédentes et, en particulier, à celles de son père. Il proteste en me disant qu'il a besoin de sa femme pour exercer sa fonction de père.

Suite à la réception du courrier de l'avocat de son épouse officialisant sa demande de divorce, Mr M me sollicite pour les recevoir en couple⁸⁵. Il espère sans doute freiner ainsi les velléités de séparation de sa femme, mais cette dernière refuse de l'accompagner. Il découvre aussi qu'elle cherche un autre appartement et qu'elle réfléchit au partage de la garde de leur fille, ce qui le plonge dans un grand désarroi. Il imagine sa fille vivant « une valise à la main », ce qui ressemble à une projection de sa propre insécurité et de sa crainte d'assumer seul la prise en charge de sa fille dans les moments où il en aura la garde. Il me dit « flotter », indécis, semblant attendre des autres qu'ils combler ses besoins narcissiques. En refusant le divorce, il calcule qu'il peut le retarder de deux ans. De nouveau, il reprend son leitmotiv : il a besoin de sa femme pour son équilibre, c'est son moteur, et elle n'a qu'à l'accepter tel qu'il est ! Cependant, il sait bien que s'il lui avait révélé ses pratiques d'injection, elle n'aurait

⁸⁵ En début de suivi, il m'arrive de proposer aux patients de les recevoir en couple, lorsque le conjoint, ne souffrant pas d'addiction, manifeste beaucoup d'angoisse. C'est l'occasion d'informer les proches sur les possibilités de soutien qu'ils peuvent trouver dans d'autres institutions.

jamais accepté de se marier, reconnaît-il⁸⁶. Mais d'ajouter aussitôt : « Je fais un avec ma famille et je n'ai pas envie d'en être coupé ! » En attendant, c'est lui qui quitte leur appartement et retourne vivre un temps chez son père, où il accueille sa fille de temps à autre. Les rivalités narcissiques entre les trois générations, source de conflits, affectent Mr M. Finalement, Madame trouve un appartement proche de son travail mais relativement loin de leur lieu d'habitation actuel. Au moment où il me l'annonce, Mr M. est effondré, il se demande s'il pourra racheter à son épouse la part de leur appartement qui lui revient. Cette dernière a de nouveau rompu le dialogue et Mr M. sent qu'elle lui échappe définitivement. Il se met désormais en position de victime passive et se fige dans un état dépressif, paralysé par l'angoisse de toutes les catastrophes à venir (le divorce, la perte de son appartement, les ennuis financiers etc...). Ses résistances redoublent. Commence alors une troisième phase pendant laquelle il me place en témoin impuissant de ses malheurs : il commence chaque entretien en me disant qu'il n'avait pas envie de venir me voir et/ou de parler, mais les termine inmanquablement en reprenant un rendez-vous pour le mois suivant. Position quelque peu masochique qui lui permet de retarder un temps encore son isolement mortifère.

Un jour où il est arrivé vers 9h20 pour son rendez-vous de 10h, très déprimé, au bord de l'effondrement, il se plaint en me disant qu'il n'avait pas envie d'attendre, d'autant qu'il n'a pas non plus envie de parler. J'interroge alors sa façon de se mettre en situation de devoir attendre. Il m'explique qu'il obéit à son rythme propre : venir au CSAPA, lui permet de se lever plus tard que lorsqu'il part travailler, mais il vient suffisamment tôt malgré tout pour ne pas avoir de problème pour se garer... Mais la fois suivante il sera en retard... Outre ses objets, tous insatisfaisants, il se plaint aussi de toutes ses difficultés quotidiennes, pour boucler son budget en raison du coût de ses consommations d'alcool et cigarettes, par exemple, mais aussi de l'ennui qui l'envahit. Pour tenter une échappée de ces répétitions désespérantes et peut-être mobiliser son imaginaire, je lui propose de participer au prochain groupe Photolangage hebdomadaire de cinq séances ; bien qu'il semble intéressé par cette médiation, il me répond qu'il ne peut pas se permettre de s'absenter toutes les semaines. Par contre, il accepte une séance Photolangage individuelle lors de notre rencontre suivante. Je lui soumetts une consigne de départ classique : « Choisissez la photo qui vous plaît le plus et celle qui vous déplaît le plus ». Il saisit d'abord une photo représentant des billets de banque partiellement recouvert de blé et me dit que cette photo lui déplaît fortement car elle lui

⁸⁶ Dénî en forme de « Je sais bien, mais quand même... »

évoque ses problèmes d'argent. Puis, à l'opposé, il prend la photo d'une mère avec son bébé au sein qui lui plaît beaucoup en raison de la tendresse qui s'en dégage. Plutôt que d'élaborer ses choix plus avant, il se met à commenter certaines des photos restées sur la table : devant un paysage de montagnes et vallées verdoyantes, il se déclare indifférent, ajoutant que lui, c'est la forêt qu'il aime pour se sentir enveloppé. La photo d'une famille maghrébine partageant un repas lui plaît bien, rappel probable de ses séjours chez ses beaux-parents. Par contre, une vieille femme ramassant les restes d'un marché ou un jeune homme triste avec une main de femme sur le bras sont pour lui des images négatives. Ses choix et son discours restent donc très collés à la concrétude de ses préoccupations actuelles, mais surtout, il ne souhaite pas renouveler l'expérience⁸⁷.

Je le vois une dernière fois. Il est très en retard et espère ainsi abrégé notre entretien. Il m'énumère le montant de tous ses frais mensuels (crédits immobilier et pour l'achat de sa voiture, impôts, etc...), pour me montrer qu'il ne peut pas boucler ses fins de mois. De plus, ce sont les vacances scolaires, il aura donc sa fille à garder plusieurs semaines et s'inquiète de ce qu'il va bien pouvoir faire avec elle. Il a quand même prévu de l'emmener une semaine en camping, accompagné de son père qui a accepté de payer la location... Il me prévient que le mois prochain, il ne pourra pas venir en entretien car il sera accompagné de sa fille et viendra donc au CSAPA, seulement pour récupérer son ordonnance. Il ajoute qu'il reprendra rendez-vous avec moi à ce moment-là, mais ne le fera pas.

Je le croise parfois en salle d'attente quand il vient à ses consultations médicales mensuelles. Je prends de ses nouvelles et lui réaffirme que je suis disponible pour le recevoir de nouveau quand il le souhaitera.

2.1.5.11. Pour conclure

L'histoire familiale de Mr M est marquée par des souffrances narcissiques ayant affectées les générations successives, au moins depuis celle des grands-parents. Comme écrit par Dessuant (2002) « *l'absence d'un Soi investi ne permet pas au sujet d'intégrer ses expériences vitales, il en résulte des états du Moi contradictoires, dissociés et clivés. Le sujet éprouve alors un sentiment de non-réalité, de vide, et ne se perçoit pas comme une totalité ; l'intégration défectueuse de ses représentations d'objet abaisse ses capacités d'empathie, et*

⁸⁷ De peur d'être entraîné dans des zones de sa psyché où il risquerait de perdre le contrôle ?

l'appréciation réaliste des autres lui est difficile ; son comportement fluctue selon ses perceptions du moment au lieu d'être régi par un modèle intériorisé stable. »

➤ Dans la lignée maternelle, le couple grand-parental paraît s'être formé dans un fantasme d'auto-engendrement fondé sur le rejet de leurs origines respectives. En effet, des conflits, dont la nature reste inconnue à Mr M, ont conduit le grand-père à rompre le lien avec sa famille, tandis que la grand-mère, élevée loin de ses parents, s'est sentie abandonnée. Cette famille autarcique, sans attache, a mis en place une économie narcissique pathologique, où les enfants, et particulièrement les aînés⁸⁸, sont en charge de compenser les manques affectifs infantiles des parents. Ainsi, la fragilité narcissique de la mère de Mr M semble avoir nécessité la présence physique permanente d'un objet d'étayage. Avant le premier déménagement de la famille, étant en ville, elle pouvait probablement facilement avoir recours à sa mère. Ensuite, c'est Mr M enfant, qui lui a servi de prolongement narcissique et d'objet antidépresseur, ce qui a justifié sa scolarisation tardive ; mais lorsque son fils a atteint l'âge de l'école obligatoire, elle a dû retourner vivre un temps chez sa propre mère pour retrouver un équilibre narcissique viable⁸⁹. Enfin, le chômage du père, puis la naissance d'un deuxième enfant ont sans doute pu combler son besoin de présence physique jusqu'au retour en ville de la famille. Dans la dyade que Mr M enfant a formé avec sa mère, les besoins narcissiques de cette dernière ne lui ont pas permis une adaptation suffisante à ceux de son fils, si bien qu'il y a eu inversion des processus d'ajustement : c'est l'enfant qui a dû se modeler en fonction des exigences de la mère, et c'est un faux self qui s'est alors développé de manière prépondérante. Aussi, les balades hors de la maison familiale qu'affectionnait Mr M enfant peuvent être comprises comme des fuites pour sortir de l'emprise de l'objet et permettre l'expression du vrai self⁹⁰. En effet, suite « à un empiètement de la part de l'environnement [...], le sens du self est perdu et ne se retrouve que par un retour à l'isolement » écrit Winnicott⁹¹. Le déménagement⁹² de la famille en ville lorsqu'il avait 11

⁸⁸ Bien que, outre sa mère, son oncle, frère de cette dernière d'1 an son cadet, a également vécu des épisodes de dépression selon Mr M.

⁸⁹ Ce qui sera répété par Mr M à l'âge adulte : il retourne chez ses parents après les effondrements psychiques vécus lorsqu'il habitait dans un logement indépendant et ne s'en éloignera de nouveau qu'après son mariage.

⁹⁰ Hypothèse corroborée par le besoin persistant de Mr M d'avoir des activités de plein air, tels que le vélo ou la tonte de la pelouse en bas de son immeuble, tant qu'il vivra en famille.

⁹¹ Winnicott D., *Psychose et soins maternels*, p. 192.

⁹² Les déménagements répétitifs dans l'enfance peuvent aussi constituer des traumatismes cumulatifs dans le fait qu'il y a changement de pairs à l'école et enfermement dans la timidité d'être le nouveau dans la classe empêchant le processus d'attachement et entraînant parfois le rejet.

ans correspondrait alors à la perte de ces échappées salvatrices ; s'ensuit une sensation de cassure interne qui pourrait correspondre au clivage entre vrai et faux-self, le premier n'ayant plus d'espace d'expression. Cassure équivalant à une perte d'espoir, à une déception. Déception traumatique⁹³ qui rend l'objet, alors appelé self-objet par Kohut, nécessaire pour assurer l'équilibre de la personnalité. Déception redoublant probablement la déception narcissique primaire d'avoir été confronté à un objet inadéquat, c'est-à-dire non malléable et non réflexif (Roussillon, 2008). La découverte de l'ennui, qui reste un vécu douloureux pour Mr M devenu adulte, confirme qu'à cette époque, il n'avait plus la possibilité d'entrer en contact, au moins épisodiquement, avec son vrai self. Ainsi voué à la seule inanité de son faux-self⁹⁴, sa révolte adolescente peut aussi se comprendre comme une tentative de réanimer son vrai self et de revendiquer inconsciemment les conditions de possibilité de son expression authentique. Cependant, ses appels n'ayant pas été entendus, il a découvert les drogues et *in fine*, l'injection d'héroïne comme ersatz de retour en lui-même. Par la suite, il semble que l'expérience des vacances à l'étranger lui ait permis, dans un premier temps, de vivre de façon plus réelle que dans son environnement habituel, en contact avec son vrai self, sans nécessité de recours aux injections. Cependant, l'émergence de la conflictualité avec son environnement actuel (son épouse), qui l'accompagne en vacances, lui fait probablement perdre la possibilité d'expression de son vrai self dans ces occasions, ce qui se traduit par la crainte de l'ennui auquel il compte pallier en emportant de l'alcool, ou même en envisageant de différer son propre départ (séance 34).

Par ailleurs, la réaction de Mr M au décès de sa mère révèle l'inachèvement de sa différenciation d'avec l'objet premier, ce qui rend son deuil impossible. En effet, comme développé par Roussillon (2014), il s'agit de la perte d'un objet « narcissique », donc de la perte irrémédiable d'une partie de lui-même, ce qui enclenche un processus mélancolique.

➤ Dans la lignée paternelle, les vécus d'abandon se répètent : le grand-père n'a pas été reconnu par son père biologique, puis est évincé par son épouse. Les maternités adolescentes de cette dernière, probablement non désirées, ont possiblement conduit à ce rejet du père, puis à l'éloignement des fils pendant plusieurs années. Les blessures narcissiques ainsi infligées au père de Mr M sont mal cicatrisées et obèrent sa capacité d'attention à l'égard de son fils et de ses difficultés identitaires. A l'inverse, la révolte adolescente de Mr M. réveille les

⁹³ Kohut H., *Le soi*, p. 53.

⁹⁴ Winnicott D., *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self »* (1960b), p. 126.

souffrances infantiles de son père et fait naître une incompréhension envieuse à son encontre qui l'empêche de soutenir utilement les tentatives d'individuation de son fils.

Ainsi, comme le souligne Green (1983) : « *Les narcissiques sont des sujets blessés – en fait carencés du point de vue narcissique. Souvent la déception dont ils portent encore les blessures à vif ne s'est pas bornée à un seul des parents, mais aux deux.* »⁹⁵

Les objets premiers de Mr M sont trop fragiles pour survivre à sa destructivité, ce qui fait qu'il ne peut se permettre de les attaquer franchement. De ce point de vue, certains comportements toxicomaniaques de Mr M peuvent être considérés comme un retournement de ses pulsions destructrices sur sa personne propre, même si consciemment, il prend toutes les précautions nécessaires pour en éviter les dommages. Cependant, il décrit aussi sa pratique d'injection d'héroïne comme répondant au besoin de s'isoler, ce que j'entends comme la nécessité de s'extraire de l'emprise de l'objet pour retrouver son vrai self. L'héroïne induirait donc des moments d'intégration du self en réactualisant les traces précoces de l'éprouvé fœtale de complétude donnant le sentiment de se retrouver soi-même. Cette propriété sera ensuite transférée sur le geste d'injection lui-même. Un opiacé de substitution, le Subutex, fera l'affaire et lui permettra de s'en tenir à trois injections par jour, rythme de reprise de contact avec son vrai self ayant une périodicité suffisante pour assurer sa continuité d'être et éviter l'effondrement⁹⁶. Solution comportementale qu'il revendiquera comme faisant partie de son identité. Ceci peut être mis en lien avec la difficulté de Mr M à se différencier de son objet primaire et à discerner ce qui lui est propre. Dans cette perspective, j'avancerais que l'un des rares éléments de personnalité que Mr M ait réussi à s'attribuer en propre, sans se confondre avec l'objet, est sa pratique toxicomaniaque.

La frustration trop précoce du plaisir de succion (allaitement, puis sucette) par l'objet primaire se répète par celle du sevrage des injections exigé par son objet actuel. De plus, son changement de traitement de substitution a aussi entraîné le passage de la voie intraveineuse à la voie orale, cette dernière n'étant pas associée à l'effet opiacé est aussi moins efficace pour réactualiser les traces cénesthésiques de complétude (voir § 3.6).

Mr M aurait besoin d'un double étayage : son comportement d'injection itératif dont la rythmicité est nécessaire à la survie de son vrai self archaïque et un self-objet pour soutenir

⁹⁵ Cité par Neau F., p. 48, dans Jeammet N., Neau F., Roussillon R.

⁹⁶ Il est à noter que cette périodicité correspond à celle de la prise alimentaire (3 fois par jour) et est peut-être à relier aux moments d'intégration procurés par l'allaitement.

son faux-self ; si l'un des deux manque il sombre dans la mélancolie. Mal assuré de sa propre existence, de sa survie et de son identité, la recherche des satisfactions pulsionnelles n'est pas la priorité chez Mr M, elles sont remplacées par la complétude narcissique obtenue par sa mise en scène toxicomaniaque. Ainsi, lorsque l'objet se détourne de Mr M, le rejet de ce dernier sera total et tout son investissement libidinal sera reporté sur son moi, il ira alors inexorablement vers un isolement mortifère et le renforcement de ses résistances. En effet, d'après Neau « ...chez chacun, ce retrait [libidinal] a une fonction auto-restauratrice vitale [...]. Mais poussé à l'extrême, un tel repli vise à protéger le sujet de toute sollicitation interne et externe, pulsionnelle et objectale, de tout désir, donc de tout risque de dépendance et de perte, de toute attente et de toute déception. Loin d'être restaurateur, il mène à la sclérose du moi, privé des sources pulsionnelles et des échanges objectaux qui le constituent et le nourrissent. »⁹⁷ C'est ainsi que la consommation de drogues, initiée comme automédication d'une souffrance psychique, se transforme inéluctablement en addiction, laquelle conduit fréquemment au retranchement du sujet dans une position autarcique pouvant aller jusqu'au syndrome d'auto-exclusion (Furtos, 2007).

Vis-à-vis de sa fille, Mr M. ne peut que répéter le mode de relation qu'il a eu avec sa mère, c'est-à-dire qu'il substitue l'identification narcissique à l'investissement objectal.

Bien que l'analyse complète de ce cas clinique nécessite d'autres développements théoriques, nous n'irons pas plus loin pour déjà poser les premières pierres du modèle d'intelligibilité de l'addiction qu'il nous suggère.

2.1.6. Vers un modèle d'intelligibilité de l'addiction

L'addiction étant le résultat de processus psychobiologiques complexes, plusieurs étapes me seront nécessaires pour construire ce modèle ; je procèderai en rassemblant les éléments de théories élaborées par d'autres autour de mes hypothèses forgées dans la confrontation avec la clinique, à la recherche d'une cohérence d'ensemble.

La clinique des addictions montre que les expérimentateurs de drogues, tant qu'ils n'ont pas développé de dépendance, déclarent souvent avoir une consommation récréative,

⁹⁷ Dans Jeammet N., Neau F., Roussillon R., p.48.

seulement à la recherche de sensations plaisantes. Derrière cet aspect manifeste se cachent évidemment bien d'autres motivations inconscientes et/ou consciemment gardées secrètes que le clinicien aura à découvrir. Par la suite, bien que les symptômes du manque et le cortège d'effets délétères de la dépendance s'installent, leurs propos restent ambivalents, reconnaissant les préjudices qu'ils s'infligent par leur conduite, mais déclarant ne pas pouvoir s'en passer⁹⁸. Face à ce paradoxe faisant injure au principe de plaisir, alors même que son primat était convoqué pour justifier l'initiation du comportement de consommation, je m'interroge sur sa fonction psychique. Au niveau manifeste, l'effet destructeur de certains types de pratique addictives, telle que l'injection, semble être au premier plan. Cependant, mes premiers patients m'auront vite convaincue de la non-pertinence de l'hypothétique pulsion de mort, et de ses effets autodestructeurs, pour éclairer la clinique de l'addiction, au moins pour ceux qui ont recours à la substitution. Aussi, je poursuis mon questionnement sur le fonctionnement « au-delà du principe de plaisir » des patients addictés. Chez ceux mettant en avant leurs sentiments de vide et d'ennui, je peux me représenter les drogues comme des modificateurs d'état de conscience, permettant l'exploration de sensations inconnues, mais cela reste de l'ordre du principe de plaisir. L'écoute d'un patient sous traitement de substitution, que je suis depuis plusieurs années, nostalgique de ses consommations d'héroïne, va me permettre de réinterroger cette conception en ces termes : le recours aux drogues correspond-t-il à une quête de la nouveauté ou à l'inverse à celle du déjà vécu ? Il évoque, en effet, ses prises matinales qui lui permettaient de se lever, d'aller travailler et de supporter des tâches ennuyeuses et répétitives, mais aussi d'aller vers les autres avec aisance et bonne humeur, ce qui contraste avec son état solitaire et méfiant du moment. Il met donc en avant, non plus le côté orgasmique du plaisir revendiqué en premier lieu, mais bien plutôt l'effet « normalisant » du bien-être procuré par la drogue ! Bien qu'ayant conscience de l'idéalisation *a posteriori* qu'une telle expérience peut susciter, l'énigme ne me paraît pas entièrement levée, je reste intriguée et lui demande si c'est avec ou sans héroïne qu'il se sent être le plus lui-même. A ma surprise, il me répond que l'héroïne lui permet d'être vraiment lui-même, d'exprimer ce qu'il est réellement. Je comprends alors que l'une des fonctions des drogues est de lever les mécanismes de défense rigides qui enferme le self. C'est suite à cet

⁹⁸ Certains neurobiologistes expliquent la contrainte de répétition de la consommation de drogues par la biologie du syndrome de sevrage et la douleur physique et/ou psychique qu'il engendre (Wise et Koob, 2014) ; la contrainte est ici réduite à l'évitement de la souffrance provoquée par le manque. Cependant, la mise en place des traitements de substitution qui permet, non seulement de contourner ce problème mais aussi tous ceux liés à la prohibition des drogues (délinquance, désinsertion sociale...), est loin d'avoir résolu le problème de l'addiction.

échange, et aux confirmations que d'autres patients ont pu m'apporter sous différentes formes au cours des années qui ont suivies, que j'ai progressivement élaboré mes premières hypothèses reposant sur le postulat du retour à un état de complétude narcissique prénatal par l'usage des drogues, de leur capacité à actualiser l'état archaïque du vrai self, ce qui est ressenti comme la récupération d'une spontanéité primordiale.

Dans le prolongement de cet effet, l'héroïne permettrait aussi de découvrir l'expérience d'être seul en présence de l'autre, c'est-à-dire protégé de l'empiétement par l'autre, lorsque l'aptitude à la solitude authentique⁹⁹ n'a pas pu se développer en raison, par exemple, d'un environnement intrusif. La drogue offrirait des moments de respiration du vrai self, un temps pour souffler, pour reprendre souffle. Il s'agit alors d'une solitude relativement dépourvue de repli. Par contre, si cette modalité de retrouvaille avec le vrai self permet de maintenir le sentiment d'existence, l'addiction qui en découle ensuite conduit en même temps à l'exclusion de l'objet, de sorte que c'est la loi du « moi ou l'autre » qui prévaut alors. Cette violence fondamentale (Bergeret, 1984) se retourne contre le sujet lui-même, dévoilant l'organisation mélancolique sous-jacente. L'addiction révèle ainsi l'échec de la rencontre avec l'objet et, en conséquence, la mise en place du fonctionnement autarcique qui s'ensuit jusqu'à ce que cette position ne soit plus tenable et oblige le sujet à faire un pas vers un autre.

Au niveau de la relation d'aide, et en particulier du contre-transfert du clinicien, considérer que la consommation d'opiacés permet la reprise de contact du sujet avec son vrai self, constitue une sorte de légitimation de ce comportement et favorise l'empathie avec les personnes qui y ont recours ; empathie indispensable à l'engagement du clinicien et à l'alliance thérapeutique. Tout le travail consistera ensuite à retrouver le chemin du vrai self par une autre voie que celle découverte avec la drogue et, dans un deuxième temps, le chemin vers l'objet pour ouvrir l'accès aux satisfactions pulsionnelles qui idéalement devraient remplacer le « bonheur » narcissique des consommations.

Cette première esquisse rapide est loin d'épuiser la problématique addictive, mais la poursuite de la construction de ce modèle nécessite l'approfondissement préalable des autres facettes théorico-cliniques de l'addiction aux drogues. L'étape suivante est un questionnement sur l'origine de la vulnérabilité narcissique et ses conséquences sur la construction du lien à l'objet. Je me centrerai essentiellement sur le rôle des traumatismes étant donné leur fréquence dans la population que je rencontre.

⁹⁹ Winnicott D., La capacité d'être seul, p. 329.