

LISTE DES ABREVIATIONS

DSMV : Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders, 5^{ème} édition

SPA : Substances psycho-actives

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

NFS : numération de formule sanguine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I- REVUE DE LA LITTERATURE	3
1- Additions	3
1-1- Définition étymologique	3
1-2- Définition descriptive	3
1-3- Critères de l'addiction selon Goodman	3
1-4- Addiction à une substance selon DSMV	3
1-5- Psychopathologie des addictions	3
1-5-1- Les modèles psychologiques	4
1-5-1-1- Les conceptions cognitivo-comportementales	4
1-5-1-2- Le modèle de la recherche des sensations	5
1-5-1-3- Le modèle de Stanton Peele	5
1-5-2- Les modèles psychanalytiques	6
1-5-2-1- Le transitoire et l'échec de la transition	6
1-5-2-2- Les assises narcissiques et objet	6
1-5-2-3- Les pratiques de l'incorporation	7
2- Estime de soi et construction psychique de l'individu	7
2-1- La construction identitaire et estime de soi	7
2-1-1- La reconnaissance de soi	8
2-1-2- L'image de soi	9
2-1-3- L'environnement	10
II- METHODOLOGIE	13
1- Objectif de travail	13
2- Période et type d'étude	13
3- Considérations éthiques	13
4- Cadre de l'étude	13
III- OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES	14
IV- SYNTHESE DES COMMENTAIRES	42
1- Choix et intérêt des cas	42
2- Aspects cliniques	42
3- Aspects psychopathologiques	43
3-1- Addiction et relation d'objet	44
3-2- Addiction et recherche d'élation et de sécurité	47
3-3- Addiction et temporalité	48
4- Aspects thérapeutiques	49
CONCLUSION	52
REFERENCES	54
ANNEXES	

INTRODUCTION

Les carences affectives précoces et/ou les expériences traumatiques de l'enfance, aboutissent cliniquement à une image de soi dévalorisée, un manque de confiance en soi, autrement dit à une défaillance narcissique.

C'est au cours de l'enfance que se creusent ces failles et notamment pendant la phase que, C. OLIVENSTEIN [28] appelle le stade du miroir brisé : « Pour le futur toxicomane, il va se passer plus ou moins quelque chose d'intermédiaire entre un stade du miroir réussi et un stade du miroir impossible... ».

Le regard bienveillant des parents posé sur leur enfant permet à celui-ci de se regarder avec sérénité et confiance dans le miroir. Si ce regard bienveillant a manqué, le miroir « se brise » renvoyant à l'enfant une image « incomplète », dévalorisée, car n'ayant pas retenu l'attention de ses parents.

FREUD, KLEIN et WINNICOTT [42] ont mis en évidence le fait que la sécurité narcissique permettait à l'individu d'affronter les conflits intra psychiques inhérents à l'être humain.

La conduite addictive, traduit l'immaturité socio-affective qui détermine l'impossibilité de se construire une identité psychosociale véritable et solide. Cette immaturité engendre un sentiment de non-valeur personnelle, de non-reconnaissance.

Le comportement addictif constitue, comme le fait remarquer Joyce Mac DOUGALL [24], une économie psychique qui permet de supporter les conflits intra psychiques et de rester en vie ou en survie.

Les fragilités individuelles (physiologiques, psychologiques, génétiques..) ne suffisent pas à elles seules à construire les conditions qui vont conduire une personne vers une problématique d'addiction. Toutefois, elles prennent une importance considérable lorsque le corps social fléchi dans ses capacités intégratives, que les valeurs sociales s'affaiblissent, que les rites structurants de passage vers l'âge adulte disparaissent. Ces éléments de socialisation ou de structuration, lorsqu'ils sont suffisamment solides ne règlent jamais l'intégralité

des relations interhumaines, mais ils permettent une régulation des fragilités individuelles.

Dans le cadre de la prise en charge des patients suivis au service d'addictologie de l'hôpital psychiatrique Arrazi de Tanger, Il revient fréquemment, lorsqu'ils évoquent leur histoire, des ruptures, de la violence, de l'insécurité et du rejet. La fréquence de ces situations vécues par des patients consommateurs de substances psycho-actives, nous a conduit à réfléchir sur le lien entre addiction et traumatismes intra familiaux vécus au cours de leur enfance.

C'est au travers du prisme de la psychanalyse qu'il nous a semblé intéressant d'apporter un éclairage sur cette problématique qu'est l'addiction. Ce qui semble être atteint chez les patients que nous avons suivi, c'est l'image de soi, la confiance en soi.

Les événements de vie qui ont été vécus de façon traumatique, tels que les abandons, les ruptures, les agressions physiques et verbales etc. ont pu être déterminants pour la construction subjective du sujet. Ils ont entraîné des défaillances narcissiques majeures qui semblent s'exprimer cliniquement, chez les personnes concernées par notre recherche, par un mode de vie inscrit dans l'usage de substances psychoactives.

Nous allons dans un premier temps faire un bref rappel de la littérature du concept de l'estime de soi, et de l'addiction.

Dans un second temps, nous allons essayer de faire apparaître ces événements traumatiques au travers des observations cliniques.

Enfin, nous allons expliquer le lien existant entre les troubles de l'estime de soi et les conduites addictives, à l'aide d'une lecture des différentes théories psychanalytiques.

REVUE DE LA LITTERATURE

I- REVUE DE LA LITTERATURE

1- Addictions

1-1- Définition étymologique

Le terme d'addiction trouve ses origines dans l'ancienne République Romaine : un «addictum» (addicté) était un esclave pour dette. Ainsi l'addiction désignait en droit romain ancien la contrainte par corps de celui, qui ne pouvait s'acquitter de sa dette [37]

Cette utilisation du terme d'addiction s'est poursuivie jusqu'au Moyen-âge en Europe occidentale. C'est dans les pays anglo-saxons que le terme d'addiction est employé en premier pour rendre compte d'un comportement de dépendance, initialement en psychiatrie, il désignait les toxicomanes. Progressivement son utilisation va s'étendre à d'autres catégories cliniques.[8]

1-2- Définition descriptive

En 1990 Goodman [10] proposait une définition du trouble addictif comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance malgré des conséquences négatives significatives ».

1-3- Critères de l'addiction selon Goodman : voir annexe

1-4- Addiction à une substance selon DSMV : voir annexe

1-5- Psychopathologie des addictions

Dès lors que l'on considère l'addiction comme n'étant pas exclusivement déterminée par des propriétés biologiques ou pharmacologiques mais comme répondant à une logique de «résolution » d'un problème interne ou externe (résolution certes mal appropriée), on s'ouvre à la nécessité d'une théorie psychopathologique autonome.

1-5-1- Les modèles psychologiques

1-5-1-1- Les conceptions cognitivo-comportementales

La définition de l'addiction fait avant tout référence à la contrainte. Ainsi pour Marks [23], elle est une impulsion irrésistible à s'engager dans un comportement néfaste.

On distingue deux phases dans l'addiction :

Une phase de préparation, que l'on appelle « phase anticipatoire » qui est purement cognitive, et une phase de consommation qui correspond à « l'effet latéral » qui est aussi comportementale.

L'addiction se présente comme un cycle typique dans lequel on retrouve certains invariants : la frustration, le manque, les phénomènes anxieux, le comportement, les cognitions.

L'interaction entre les situations de fragilisation dans l'histoire du patient et les situations déclenchantes entraîne l'addiction qui comporte elle-même des conséquences cognitives émotionnelles, comportementales et sociales susceptibles d'interagir avec les situations déclenchantes et les facteurs de fragilisation, on se retrouve dans la logique du cycle.

Parmi les facteurs de fragilisation on cite : l'anxiété, les difficultés interpersonnelles et de communication, l'impulsivité, la dépressivité, une image de soi négative et une faible estime de soi, et des traits de personnalité (comme la recherche de sensations, les traits de personnalité antisociale, dépendante, limite, narcissique). [32]

La conjonction entre ces facteurs de fragilisation et les situations déclenchantes (manque, conflit, échec, phénomène émotionnel...) entraîne des possibilités diverses que l'on pourrait traduire en terme de besoin : se protéger, reprendre confiance en soi, renforcer l'image de soi, restituer une forme de normalité apparente, agir, contrôler les situations, annuler les effets négatifs de l'addiction. Le modèle cognitif est à reconsidérer en fonction de chacune des conduites addictives, mais cette conception a le mérite de montrer, par le biais des

relations entre divers facteurs, que l'addiction est un montage complexe dans lequel interviennent, sur le plan psychologique, un traitement particulier de l'information et des procédures de conditionnement. [32]

1-5-1-2- Le modèle de la recherche des sensations

Ce modèle représente une dimension de la personnalité, définie en 1964 par Marvin Zuckerman [46]: « c'est un trait caractérisé par le besoin de sensations et d'expériences variées, nouvelles et complexes et la propension à prendre des risques physiques, sociaux, légaux et financiers dans une quête de telles expériences ».

Pour Zuckerman [46], la recherche de sensations se caractérise par une sous-activation des systèmes catécholaminergiques en lien avec un état psychologique de susceptibilité à l'ennui.

Ce trait varie en fonction de plusieurs facteurs : facteur constitutionnel, âge, apprentissage, niveau récent de stimulation, type de tâche, cycle diurne.

1-5-1-3- Le modèle de Stanton Peele

Pour Peele [33] l'addiction est en rapport avec l'échec devant une tâche, échec qui met en doute la capacité de réussir (sentiment d'incompétence personnelle et sociale), elle apparaît comme une satisfaction substitutive et possède un pouvoir renforçateur.

Les effets de l'addiction modifient négativement le sentiment de l'estime de soi et confrontent l'individu à la répétition du comportement pour alléger les effets de ce trouble de l'estime de soi.

L'addiction aide le sujet à se sentir accepté, voire « meilleur » par lui-même du moins dans un premier temps, car cette reconstitution de l'estime de soi est particulièrement illusoire et transitoire ; elle fournit ainsi un sentiment artificiel de la valeur de soi, de pouvoir de contrôle omnipotent, de sécurité, d'intimité, et de réalisation de son être [34].

1-5-2- Les modèles psychanalytiques

La psychanalyse s'est moins intéressée aux addictions qu'aux névroses, aux psychoses ou aux perversions. Lorsqu'elle a proposé des élaborations, il s'agissait plus fréquemment du modèle d'une addiction précise que d'une théorie générale.

Toutefois, ces modèles soulignent généralement l'aspect transnosographique des addictions, c'est-à-dire leur caractère irréductible aux organisations psychopathologiques classiques (névrose, psychose, perversion, états limites...). Ces modèles proviennent d'un même courant psychanalytique et posent, avec des différences, les problèmes en des termes communs : défaillance identitaire et mise en cause du narcissisme primaire, échec de l'introjection, et fonctionnement incorporatif.

1-5-2-1- Le transitoire et l'échec de la transition :

Joyce McDougall [25] comprend l'addiction comme une réponse à une souffrance psychique remontant souvent à la prime enfance: pour faire face aux blessures du passé, ces sujets trouveraient dans l'addiction un analgésique. Le caractère provisoire de cette solution déterminerait la dimension compulsive de la conduite.

Lorsque le processus de constitution de l'objet transitionnel s'est trouvé entravé, peut naître chez le sujet une potentialité addictive : à la place de l'objet transitionnel manquant, le *Je* s'accrocherait à un objet *transitoire*, une drogue, une activité, autant de succédanés transitoires. Faute d'avoir pu créer des objets transitionnels authentiques, les sujets sous addiction feraient des autres leurs proies pour les enfants en danger d'annihilation qu'ils sont. [25]

1-5-2-2- Les assises narcissiques et objet :

Philippe Jeammet [17] propose une théorie développementale des addictions. Il met l'accent sur l'articulation conflictuelle entre narcissisme et relations d'objet, et établit une relation entre les troubles de la séparation (concernant donc les

relations à l'objet libidinal) et la recherche paradoxale d'une dépendance à un élément externe. Le danger provenant de la dépendance à l'objet libidinal, les addictions seraient un moyen de le maîtriser en substituant aux émotions menaçantes des sensations apportées par un substitut objectal externe sous emprise, toujours disponible, qui assure la sauvegarde de l'identité, et évite le processus d'intériorisation trop dangereux. Aux défaillances des assises narcissiques et des auto-érotismes, qui dépendent des premiers investissements maternels, répondrait un surinvestissement de l'appareil perceptivo-moteur, élément déterminant dans la mise en place des addictions ultérieures. [17]

1-5-2-3- Les pratiques de l'incorporation :

P. Gutton [11] préfère, quant à lui, parler de "pratiques de l'incorporation" pour qualifier ces comportements marqués par l'avidité. L'incorporation viserait à nier la perte d'objet. L'introjection, au contraire, qui suppose la séparation avec l'objet externe, chercherait à l'élaborer. L'objet externe consommé serait un inducteur fantasmatique, permettant à ces sujets de sortir d'un état de vacuité représentative. Ces pratiques surviendraient chez des sujets dépendants des objets externes, et constitueraient une solution comportementale à la défaillance de ces objets.

2- Estime de soi et construction psychique de l'individu

2-1- La construction identitaire et estime de soi

Prendre conscience de soi, c'est devenir une personne qui sait « qui » elle est, peut exprimer ce qu'elle ressent et ce qu'elle désire. L'individu construit son identité par étapes, au cours d'un processus qui s'exprime de la naissance à l'adolescence. L'identité personnelle se construit dans le cadre d'expériences.

Le corps constitue pour le bébé la base de son identification. Il se découvre lui-même au travers de ses perceptions, de ses actions, mais aussi dans son rapport aux autres et dans le regard des autres.

En psychologie du développement, Wallon [41] psychologue, situe entre 3 et 6 ans le stade du personnalisme. Le narcissisme se met en place dès les premiers moments de la vie, quand l'enfant prend peu à peu conscience de son existence. Il va se constituer comme un individu à travers cette image de lui-même reflétée par son narcissisme.

Le narcissisme permet le développement de l'enfant, la constitution et l'affirmation de son identité. Pour D. Winnicott [43], la construction identitaire est liée aux soins de la prime enfance. Elle relèverait de trois processus conjoints : l'encrage de l'image de soi sur la transformation corporelle, l'investissement narcissique du sujet et la construction d'un « idéal du moi ».

Il décrit trois stades de développement du Soi dont en particulier le stade du narcissisme sain. Selon lui, pour s'épanouir, l'enfant doit développer un « narcissisme sain ». Il spécifie que si l'enfant n'a pas subi de blessures, il sentira qu'il est apprécié comme « bonne personne ». L'enfant intériorisera alors corporellement son sentiment de Soi et d'identité. Le narcissisme est selon D. Winnicott, « Ce qui permet à l'individu de se respecter tout en étant capable de maintenir une bonne relation avec le monde extérieur ». [44]

Dans la psychologie Freudienne, le narcissisme serait un synonyme de l'estime de soi. De manière permanente, l'image que l'enfant bâtit de lui-même, ses croyances et représentations de soi constituent une structure psychologique qui lui permet de sélectionner ses actions et ses relations sociales. La construction identitaire et l'image de soi assurent ainsi des fonctions essentielles pour la vie individuelle de l'enfant et la construction de son estime de soi. [39]

2-1-1- La reconnaissance de soi

L'enfant doit tout d'abord apprendre à se connaître avant de se reconnaître (estime de soi). Ce processus se déroule lentement par étapes tout au long du développement de l'enfant, « depuis la dépendance, jusqu'à l'autonomie.

La connaissance de soi se fait par le biais de relations avec les autres et d'expérimentations diverses, des apprentissages, mais aussi aux réactions des

personnes qui l'entourent. Il apprend donc à connaître son milieu et sa propre personne. Ses expériences lui font prendre conscience de ses capacités physiques, intellectuelles et relationnelles. Vers l'âge de trois ans, l'enfant intègre le « je » qu'il utilise pour parler de lui. Il se reconnaît donc comme un être unique et se forge petit à petit un sentiment d'identité. C'est à l'âge de 5 ans que l'enfant prend conscience qu'il est un garçon ou une fille, il se construit donc une partie de son identité grâce à cette reconnaissance. C'est par le jeu que l'enfant apprend à se connaître. [36]

Lorsqu'il est petit, c'est en jouant seul qu'il apprend à se connaître, mais plus grand, c'est au contact des autres que la connaissance de soi se fait pendant les jeux. La reconnaissance de soi passe aussi par la reconnaissance de l'enfant de son corps afin de se construire une image de ce corps, et par la même occasion, une image de lui-même. Le corps permet également de se construire une identité, c'est ce que l'on appelle le « soi corporel » qui va se développer par étapes.

2-1-2- L'image de soi

La conscience de soi se structure petit à petit selon l'âge de l'enfant. Lacan [20], démontre le rôle important du corps dans la construction de soi et de l'image de soi chez un enfant, notamment par ce qu'il appelle le stade du miroir. Cette étape se situe entre 6 et 18 mois, durant laquelle l'enfant va reconnaître son image dans un miroir. C'est à ce moment que l'enfant se découvre comme un individu séparé des autres.

Au fil de son développement, l'enfant va élaborer son schéma corporel par le biais d'expériences qui l'aideront à situer son corps dans l'espace. A côté de cela, s'élabore, de manière complètement inconsciente, ce que Dolto [7] avait qualifié « d'image du corps » et qui est personnelle à chacun. L'image du corps est, comme le schéma corporel, une représentation psychique, elle s'élabore au cours de la construction du sujet. Elle se construit et se remanie tout au long du développement de l'enfant. D'après elle, l'image du corps est composée de trois

images : « L'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène ». L'image de soi est une connaissance de la part de l'enfant de ses caractéristiques personnelles.

Le Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent définit l'image de soi comme « Le support de l'identité, c'est à dire l'ensemble des représentations conscientes ou inconscientes que le sujet se fait de lui-même : image du corps, images spéculaires, représentations concrètes, mais aussi valeurs et propriétés qu'il s'attribue ».

C'est donc la façon dont notre corps nous apparaît à nous même, mais aussi la façon dont nous interprétons les capacités physiques de ce corps. C'est une connaissance de notre corps, mais aussi une connaissance de soi-même. La connaissance de soi se transforme peu à peu en sentiment d'identité, à partir duquel l'enfant va se reconnaître et développer son estime de soi.

Prendre conscience de soi, c'est devenir une personne qui sait « qui » elle est, peut exprimer ce qu'elle ressent et ce qu'elle désire. C'est le travail de décentration qu'accomplit le jeune enfant durant les premières années de sa vie. La connaissance de soi doit être favorisée chez l'enfant comme préalable à l'estime de soi.

2-1-3- L'environnement

Jeammet [16] explique que la qualité de la relation avec l'environnement que nous aurons pu incorporer, (certains psychanalystes parlent d'introjection) notamment dans les premières années de notre vie, est ce qui constitue les assises narcissiques.

D'après D.Winnicott [45] la formation identitaire constitue le moi et s'opère en deux temps. Un premier temps a lieu dès les premiers mois du nourrisson, Il situe le deuxième temps au moment de l'adolescence.

A sa naissance le nourrisson est dans l'incapacité de se distinguer du monde extérieur il est dans une indifférenciation. Contrairement à Freud, Winnicott pense qu'il existe dès le début de la vie une relation primaire mère-bébé, qui ne

serait liée à aucune zone érogène. « La mère doit être observée en dehors de l'aspect purement biologique ».

Lorsque le nourrisson va prendre conscience que lui et sa mère sont deux individus distincts, il va vivre la désillusion du sentiment d'omnipotence et se rendre compte de sa totale dépendance. C'est ce que J. Lacan appellera le stade du miroir. [20]

La différenciation du moi et du non-moi se réalisera graduellement avec la mère. Si l'environnement maternel est suffisamment bon et que la mère est suffisamment à l'écoute de son bébé, ce que Winnicott définit comme « mère suffisamment adéquate » le processus de séparation et la maturation psychologique permettra la construction d'un moi suffisamment sécurisé.

C'est aussi en faisant exister dans son désir le père ou son image qu'elle favorisera le processus d'individuation et de séparation. L'indépendance, c'est la capacité de se séparer, c'est, comme l'écrit D. Winnicott, la capacité d'être seul.

Selon le psychanalyste B. Muldworlf [27], plus la déprivation paternelle est grande, plus elle est survenue tôt dans la vie de l'enfant, plus le risque de pathologie mentale est augmenté. La fonction paternelle est constituée par « L'ensemble des déterminations qui agissent pour œuvrer à la structuration du psychisme de l'enfant ».

Lorsque l'environnement maternel (le père fait bien entendu partie de l'environnement maternel) est suffisamment sain, le processus de séparation et la maturation psychologique permettra la construction d'un moi suffisamment sécurisé permettant d'affronter les vicissitudes du monde extérieur.

Si l'environnement est angoissant, insécurisant, l'identification et le sentiment d'exister seront défaillants. Cette défaillance entraînera une rupture dans la construction narcissique du sujet et plus particulièrement du narcissisme primaire entraînant une faible estime de soi.

Au moment de l'adolescence les processus de la construction identitaire vont être, après une période dite de latence, réactivés. L'identité va être bouleversée

par les transformations physiques et psychologiques. L'identité est le sentiment d'exister dans une continuité et une unité, elle est liée à la connaissance de soi. Elle permet la différenciation, c'est ce qui se joue lorsque l'enfant se reconnaît différent de sa mère (stade du miroir), cette différenciation met en jeu les mécanismes identificatoires. L'adolescent du fait des bouleversements internes et externes va vivre une phase où il ne se reconnaît plus. Il sera fragilisé pendant cette période, la parole de l'adulte va être prépondérante pour lui permettre de traverser cette phase où se modifie sa personnalité. La parole est à entendre au sens symbolique dans ce qu'elle induit de particulier chez celui qui en est le dépositaire.

Elle permet l'altérité, et est constitutive d'après Lacan [20] de l'inconscient. L'adolescent doit en même temps maintenir son identité et opérer un remaniement identificatoire. L'identification s'appuie sur la connaissance de soi renvoyée par le discours de l'autre. Les transformations qui se jouent pendant la puberté mettent en péril les limites du corps, de sa représentation (le schéma corporel) car elles produisent un doute sur la continuité de soi. C'est la sécurité narcissique qui va permettre de maintenir le sentiment de continuité tout en intégrant les modifications en jeu. L'adolescent se reconstruit une unité corporelle et une image de soi. C'est au cours de cette période que l'axe narcissique va prédominer.

Le narcissisme va permettre à l'adolescent d'assurer son identité et favoriser son investissement vers l'extérieur de la cellule familiale. C'est le sentiment de sécurité interne qui va donner accès à l'autonomie. Plus l'enfant se sentira en sécurité dans son environnement familial, plus son assise narcissique sera solide plus son accession vers l'autonomie sera facilitée.

METHODOLOGIE

II- METHODOLOGIE

1- Objectif de travail

Notre objectif principal était :

- de déterminer la relation qui existerait entre les troubles de l'estime de soi et les conduites addictives par le biais d'une lecture psychopathologique.

Nos objectifs spécifiques étaient de :

- démontrer l'importance de l'évaluation de l'estime de soi chez les personnes addictes.
- Et de démontrer l'importance d'avoir des programmes qui offrent des modalités de traitement intégré chez les malades présentant un double diagnostic.

2- Période et type d'étude

Il s'agit d'une étude de cas prospective, qualitative. Que nous avons effectué sur une période de neuf mois allant de septembre 2015 au 31 mai 2016.

3- Considérations éthiques

L'anonymat est garanti, le consentement des patients et de leurs familles requis et les surnoms utilisés sont choisis par les malades eux même.

4- Cadre de l'étude

Notre étude est menée à l'hôpital psychiatrique de Tanger « Arrazi ».

Elle concerne quatre cas, qui présentaient un faible score à l'évaluation de l'estime de soi à l'aide de l'échelle de Rosenberg, associé à une addiction modérée et/ou sévère selon les critères du DSMV.

Les informations sont recueillies durant l'hospitalisation des malades (cela concerne les deux malades qui ont été hospitalisés), et aussi durant le suivi en ambulatoire par des entretiens mensuels.

Nous avons effectué des entretiens semi directifs, en présence de la psychologue de l'hôpital, avec les patients et leurs proches. La taille réduite de notre l'échantillon a constitué une limite dans notre travail. Ceci nous interdit toute prétention statistique.

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

III- OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

Observation n°1 :

Monsieur Ayoub est âgé de 17 ans, sans domicile fixe.

Il est amené à l'hôpital psychiatrique Arrazi de Tanger par la police, avec une demande de placement judiciaire pour une évaluation de son état mental.

Nous l'avons suivi de novembre 2015 à mai 2016.

Eléments biographiques :

Ayoub est né le 10 / 09 /1998 à Rabat. Il est issu d'une grossesse non désirée, ses parents vivaient en concubinage. Ils se sont séparés dès l'annonce de la grossesse.

Trois ans après la naissance d'Ayoub, sa mère a épousé un de ses cousins qui a reconnu Ayoub. Il l'éleva comme son fils. Le couple a eu par la suite deux autres garçons, actuellement âgés de 11 et 8 ans.

Ayoub a eu un bon développement psychomoteur, il a commencé l'école primaire à l'âge de 6 ans après deux ans passés à la crèche. Il était un bon élève il a toujours eu de bonnes notes mais il a arrêté l'école à l'âge de 11 ans, quand il était en classe de 6^{ème} primaire. En effet c'est à cet âge qu'il a appris qu'il est adopté par son père, il dit :« à partir de ce moment là je me suis senti exclu, lésé et trahi par les gens qui comptaient le plus pour moi. J'ai découvert que mon père n'est pas mon père, et mes frères sont plutôt mes demi- frères. En fait je vivais dans un grand mensonge ». C'est dans ce contexte qu'il a arrêté ses études et a commencé à fuguer de chez lui.

Il ne reconnaît plus l'autorité paternelle ni maternelle, il dit « quand j'ai su pour mes origines, c'était comme si je n'étais plus rien. J'ai commencé à me sentir moche. J'ai compris pourquoi je ne ressemblais pas à mes frères. A la rue je suis accepté comme je suis, personne ne cherche à connaître mes origines ».

Ainsi Ayoub a fugué plus de dix fois de chez lui, à chaque fois on le retrouvait et on le ramenait à la maison, il s'éloignait de son quartier, sans quitter la ville (Rabat). Sa dernière fugue remonte à un an, il est venu à Tanger et il y restait.

Ayoub ne connaissait personne sur Tanger, Il a intégré un groupe de toxicomanes avec lesquels il consommait de la drogue et il volait, il dit : « avec mes amis on fume, on rit, on vole aussi. On forme un vrai groupe unis ». Il lui arrive de vendre de la drogue mais il ne fait partie d'aucun réseau.

Antécédents :

Nous n'avons pas retrouvé d'antécédents personnels psychiatriques chez Ayoub, ni familiaux.

Conduites addictives :

Ayoub a commencé la consommation de cannabis à l'âge de 12 ans, en compagnie d'autres 'amis de la rue'. Il dit : « mon premier joint est inoubliable, j'étais avec mes amis, depuis ce jour la je n'ai plus arrêté, ensemble on fume on se passe le joint on rit », « avec la drogue je suis heureux et j'oublie tout ». Actuellement il fume en moyenne 5 à 6 joints par jour. Selon le DSMV il présente une addiction sévère au cannabis.

La même année il commence la consommation du tabac « je fume deux paquets par jour, et je ne crois pas que c'est un problème », selon le DSMV il a une addiction sévère au tabac.

Et la consommation d'alcool, essentiellement de la bière, il dit : « ça me fait du bien de boire j'aime être ivre, ça m'aide à dépasser ma peur, je deviens courageux, et même agressif. Ça m'aide à participer à des bagarres avec mes amis, je ne peux pas les laisser seul, on forme un groupe unis ». Selon le DSMV il présente une addiction sévère à l'alcool.

Les autres substances sont consommées en groupe, comme ça se présente : héroïne, cocaïne, médicaments.

Histoire de la maladie :

Ayoub a été impliqué dans une affaire de vol avec agression. au commissariat les policiers ont remarqué que son discours était incohérent, il ne se tenait pas sur place, et il avait une hétéro-agressivité physique et verbale. Ils ont décidé

alors de l'emmener à l'hôpital pour un avis psychiatrique. Surtout que cela fait un an qu'ils le croisent dans les rues de Tanger.

Examen psychiatrique :

Il rentre dans le bureau accompagné de 4 policiers, les mains menottées derrière le dos, il refuse de s'asseoir, et il dit « je ne suis pas fou, je préfère être en prison ».

Sa tenue vestimentaire était sale, il portait un jean et un tee shirt. Il avait un grand sac en plastique dans lequel il avait mis ses affaires. Il était réticent néanmoins le contact parvient à s'établir. Il a accepté le traitement mais il a refusé de nous parler de lui ni de sa famille. Il ne restait pas assis sur la chaise à chaque fois il se mettait debout, et il demandait de partir.

Son regard était triste, il n'avait pas arrêté de pleurer durant l'entretien. Il était bien orienté dans le temps et dans l'espace, son humeur était dépressive. Il avait des idées délirantes interprétatives de persécutions, il disait : « les gens n'arrêtent pas de me regarder, je sais qu'ils veulent me faire du mal, tout le monde veut me faire du mal », et aussi des idées de dévalorisation, il disait : « je ne vauds rien, je n'ai personne dans cette vie, je mérite de souffrir, je mérite la prison ».

Evaluation de l'estime de soi à l'aide de l'Echelle de Rosenberg : test d'Ayoub :

Score : 17, ce qui correspond à une estime de soi « très faible ».

Le diagnostic retenu chez Ayoub est une dépression délirante devant l'antériorité du syndrome dépressif par rapport au syndrome délirant, il dit : « Je me suis senti malheureux quand j'ai appris la réalité concernant mes origines, en fait j'ai senti comme un trou noir dans mon cœur qui ne cesse de s'agrandir ».

Ayoub présente aussi selon le DSMV une addiction sévère au cannabis, à l'alcool et au tabac.

A l'entrée Monsieur Ayoub a bénéficié d'un traitement injectable à base de la chlorpromazine et du diazépam, une ampoule de chaque en intramusculaire.

A J3 d'hospitalisation il a demandé à nous voir, il nous raconte qu'il a commencé à retrouver ses esprits, il disait : « j'ai passé deux semaines sans dormir, je vivais comme sur un nuage, j'avais consommé beaucoup de drogue, j'ai fumé énormément de cannabis, et j'ai pris de la cocaïne ». Ayoub refusait de reprendre contact avec sa famille, il disait : « dans la rue quoi que tu fasses, on te juge pas, on t'accepte comme tu es. Alors qu'à la maison mes parents veulent que je termine mes études, pour donner une bonne image devant les gens, ils ne pensent qu'aux autres ils s'en fichent de moi je ne veux plus les voir ». à la fin de cet entretien il a accepté de nous communiquer le numéro de téléphone de sa mère à condition qu'il ne la rencontre pas.

Nous avons contacté sa mère par téléphone, et elle s'est présentée seule le lendemain de notre appel. Sa mère évoque son malheur à cause de son fils, elle dit « c'est un garçon impossible à contrôler, je me suis déplacée j'ai laissé mes deux autres enfants, je me demande quand tout cela va finir, j'ai même plus envie de le voir ».

Elle nous a parlé du père biologique de Ayoub, selon elle c'est un homme irresponsable, il a laissé tomber quand il a su qu'elle était enceinte. Elle a mal vécu cette séparation, mais la naissance de Ayoub l'avait aidé à oublier, elle disait « il m'avait fait oublier ma souffrance ». L'enfance d'Ayoub se déroule sans problème, excepté au début du mariage de sa mère avec son cousin à cette époque il avait 3 ans, il a commencé à avoir des cauchemars et il pleurait sans raison.

Ayoub avait de bonnes relations avec ses frères et son père, jusqu'à l'âge de 11 ans quand ses parents lui parlent de l'histoire de la paternité, elle disait : « Chaque fois qu'il fugue on le cherche partout jusqu'à le retrouver, il traîne avec des clochards, il se drogue, il vole, et il refuse notre aide. Je ne vous cache

pas qu'actuellement je préfère qu'il reste loin» Sa mère est partie sans demander à le voir.

L'hospitalisation de Ayoub a duré deux semaines il a fugué à la fin, le relais psychosocial est fait à j3 d'hospitalisation, à base d'antidépresseur IRS la sertraline 50 mg par jour, et de neuroleptique anti productif l'halopéridol 20 gouttes trois fois par jours. Avec une hyperhydratation par voie orale de 2 à 3 litres d'eau par jour.

L'évolution durant l'hospitalisation était bonne, à j 7 d'hospitalisation il a critiqué son délire, il disait : « je sais maintenant que je délirais, je voyais le danger partout, je crois que c'était à cause des drogues que j'avais pris en grandes quantité ». Le syndrome dépressif avait régressé et il n'avait pas réclamé la drogue durant toute la période de l'hospitalisation cependant il n'avait pas exprimé son désir d'arrêter. A j15 d'hospitalisation il remercie toute l'équipe un par un, il disait qu'il s'est senti comme entouré par sa famille, chose qu'il pensait ne pas mériter, il a dit « ce que je mérite c'est d'être à la rue avec les gens de la rue » et le lendemain il a fugué de l'hôpital.

Les jours sont passés sans aucune nouvelle de lui. Nous avons contacté sa mère pour l'informer de sa fugue. Elle nous a dit qu'elle s'en doutait et que s'il revient à la maison elle fera en sorte qu'il vienne en consultation.

Après 20 jours il s'est présenté seul dans notre bureau de consultation. Il avait les yeux cernés, le visage pâle. Il nous a parlé de son manque d'appétit et du sommeil, il était chez des amis « toxicomanes ». Depuis sa fugue il n'a pas arrêté de consommer de la drogue. Il nous a demandé de lui prescrire les médicaments qu'il prenait durant son hospitalisation, il dit « je regrette d'avoir fugué de l'hôpital tout le monde était gentil avec moi j'ai vraiment honte. Les médicaments que vous m'avez donné durant l'hospitalisation m'ont beaucoup aidé, je ne veux pas vous fatiguer, j'ai juste envie de prendre des comprimés pour dormir ».

Nous lui avons prescrit le même traitement, et nous lui avons donné un rendez vous dans deux semaines, nous lui avons expliqué l'importance de faire un suivi régulier.

En mi-janvier Ayoub s'est présenté seul le jour de son rendez vous. Il est toujours à Tanger il habite provisoirement chez des copains, il a une bonne observance thérapeutique. Il consomme toujours le cannabis et l'alcool, il ne présente plus de symptômes dépressifs ni délirants. Il nous a exprimé son désir d'arrêter de se droguer et qu'il voulait le faire de façon progressif, nous lui avons expliqué que nous serons toujours à ses cotés pour l'aider. Nous lui avons expliqué le risque que présente le fait de mélanger les médicaments et l'alcool. Nous lui avons donné rendez vous dans deux semaines et nous lui avons demandé de noter les avantages que présente pour lui l'arrêt de la consommation des substances psychoactives.

En février, il est venu au rendez vous, il portait des habits sales, ses cheveux et ses ongles étaient sales, il nous a dit sans qu'on lui demande que cela fait 10 jours qu'il ne s'est pas lavé car il n'a pas où le faire chez ses copains. Il ne rentre à la maison que pour dormir. Il dort bien il mange bien et il prend régulièrement ses médicaments. Il nous a donné un numéro de téléphone et nous a demandé de le passer à sa mère pour qu'elle l'appelle si jamais elle veut lui parler. Il n'a pas réalisé le travail qu'on lui a demandé car « il n'a pas eu le temps », il veut continuer le suivi. Un rendez vous a été fixé dans trois semaines.

En mars il est venu seul au rendez vous, il avait une bonne présentation corporel-vestimentaire. Il a beaucoup diminué la consommation d'alcool, du cannabis, du tabac et il a arrêté les autres substances même quand ses copains les lui propose il refuse d'en prendre. Sa mère l'a appelé au téléphone à deux reprise depuis notre dernier rendez vous, il dit : « nous avons parlé de tout et de rien. Elle m'a promis de m'aider financièrement si j'arrête de me droguer, je ne veux plus la décevoir je ferais de mon mieux ».

En avril, il est venu avant son rendez vous, il nous a dit qu'il va rentrer à Rabat, sa mère lui a proposé de prendre la chambre qu'ils ont à la terrasse. La chambre a une entrée isolée. Il disait : « Ça nous permettra de renouer le contact progressivement sans se sentir obliger de le faire ».

En mai, il est venu de Rabat seul le jour de son rendez vous, il se portait mieux il ne se sentait plus moche. il commençait à reconnaître ses moments de tristesse et d'en parler, le sentiment d'échec qu'il avait a disparu, le regard porté sur soi n'est plus négatif comme avant, sa relation avec sa famille s'est améliorée. Par ailleurs il a arrêté la consommation d'alcool et du cannabis mais il n'a pas arrêté la consommation du tabac.

Commentaire du cas :

L'addiction à l'adolescence peut être entendu comme une défense contre des angoisses narcissiques majeures [5]. Quand cette défense est ineffective, les décompensations dépressives sont fréquentes. C'est ce que nous avons observé chez Monsieur Ayoub. L'image de soi chez lui est considérablement « entamée », les sentiments d'incomplétude renvoient à une identité en quelque sorte retirée, il dit « quand j'ai su pour mes origines, c'était comme si je n'étais plus rien ; plus personne ; je n'avais plus rien à moi » : la blessure narcissique est importante, elle est renforcée par la remise en cause du « qui suis-je » et du « qui serai-je ».

Si l'estime de soi est rehaussée chez Monsieur Ayoub, une faille narcissique existait; l'étroite connivence avec la mère dans la petite enfance et son interruption par l'arrivée du beau-père avaient laissé des traces et un sentiment d'être rejeté ou exclu, sentiment réactualisé au moment de la découverte de la légitimation par le beau père.

Le milieu marginal lui apporte une sorte d'accueil sans condition qui lui permet de relativiser et de minimiser l'amour parental « quoi que tu fasses, on te juge pas. Mes parents voulaient que je sois obéissant, que je termine mes études... Ils voulaient pour eux, pas pour moi, ils s'en fichaient de moi ».

Monsieur Ayoub sent la communication « en miroir », c'est à dire ceux qui peuvent le comprendre sont ceux qui ont souffert, ceux qui ont vécu la même chose. Il a insisté sur le premier joint, il considère cette expérience comme celle du partage absolu, et de l'illusion d'appartenance à un groupe. Ayoub fugue de façon récurrente et depuis longtemps, s'installant dans une sorte d'exclusion, autant sociale que familiale.

Si la violence n'est pas absente de son univers (agressions, bagarres), la toile de fond principale reste le sentiment de ne pas être à la hauteur des aspirations de ses parents. Il se sent par ailleurs « moche », et cela est liée à une estime de soi très faible.

Chez notre patient nous pouvons considérer que la délinquance est une conséquence de sa marginalisation, et que cette marginalisation ainsi que les conduites addictives diverses sont la conséquence d'une estime de soi très faible. Lorsque se surajoutent des événements traumatiques, des ruptures, des pertes et/ou un contexte familial perturbé, voire pathogène. Au risque de l'addiction se grefferont d'autres risques comme la marginalisation et/ou la délinquance. En ce qui concerne Ayoub la consommation de cannabis n'est plus liée à une recherche de facilitation relationnelle, cette addiction est liée à la recherche de l'oubli : « avec la drogue je suis heureux, j'oublie tout » alors qu'au début était liée à l'aspect convivial « on fume, on rit, on forme un groupe uni ».

Quant à la consommation d'alcool chez Monsieur Ayoub, elle reste liée au besoin de se sentir fort grâce à l'ivresse, il s'enivre le plus souvent seul recherchant la desinhibition et l'illusion de dominer, il peut ainsi affronter le monde. Ces addictions s'inscrivent dans un contexte de rupture familiale et de désinsertion sociale.

Observation n°2 :

Madame Fatema est âgée de 40 ans, venue seule à l'hôpital psychiatrique Arrazi de Tanger, pour la prise en charge d'une addiction à la cocaïne et aux benzodiazépines.

Elle est suivie de septembre 2015 au Mai 2016.

Eléments biographiques :

Madame Fatema est née à Tanger, d'un père médecin et d'une mère infirmière, elle est la cadette d'une fratrie utérine de 3 enfants, dont elle est la seule fille. Elle est issue d'une grossesse non désirée. Ses parents ne désiraient pas avoir un 3^{ème} enfant. La grossesse s'est bien déroulée, et le DPM est sans particularité.

Madame Fatema a eu un bon cursus scolaire. Elle a obtenu son baccalauréat à l'âge de 17 ans puis elle s'est installée à Rabat pour entreprendre des études de médecine. Elle n'a fait que la première année puis s'est orientée dans les études de commerce. Ce qui n'a pas enchanté ses parents au début, surtout que ses deux frères aînés sont des médecins. Mais elle a continué ses études et elle était toujours parmi les premiers. La réussite dans ses études lui a permis de regagner la confiance de ses parents.

Elle a travaillé après l'obtention du Master dans une société à Tanger. Actuellement elle est directrice d'unité dans la même société.

Fatema s'est mariée à l'âge de 30 ans, elle a deux filles, âgées de 8 et 7 ans. Elle est divorcée depuis 4 ans, elle a laissé la garde des enfants à leur père, actuellement ils vivent tous trois à Kénitra. Fatema ne les voit que pendant les vacances scolaires. Elle s'est installée alors en 2012 (après le divorce) chez ses parents à Tanger.

Antécédents :

Nous n'avons pas trouvé chez Fatema d'antécédents psychiatriques personnels ni familiaux.

Conduites addictives :

Cocaïne : le début de la consommation remonte à 3 ans, seule et de façon quotidienne à la quantité d'un gramme par jour en moyenne. Selon le DSM5 elle présente une addiction sévère à la cocaïne.

Benzodiazépines : le début remonte à 5 ans, de façon quotidienne le soir, parfois elle mélangeait deux ou trois médicaments. Les anxiolytiques qu'elle utilisait le plus sont l'Alprazolam, le Diazépam, et la Nordazépam. Elle a diminué la consommation des benzodiazépines quand elle a commencé celle de la cocaïne. Actuellement elle prend de la Nordazépam (Nordaz) 7,5 mg deux comprimés le soir. Selon le DSM5 elle présente une addiction sévère aux benzodiazépines.

Tabac : occasionnellement.

Histoire de la maladie :

Le début de la symptomatologie remonterait à 3 mois, marqué par l'installation progressive d'une insomnie et d'une anorexie. En effet, Fatema ne dormait plus bien et le matin au réveil elle se sentait fatiguée et elle ne mangeait que peu par manque d'appétit. Dans ce contexte elle a augmenté la consommation des benzodiazépines à deux comprimés de Nordazépam (Nordaz) le soir.

Elle se sentait de plus en plus triste sans comprendre pourquoi, elle ne prenait plus soin d'elle et elle s'absentait de son travail sans donner de justificatif. Elle nous rapporte qu'elle a eu dans le passé des périodes où elle se sentait triste sans comprendre pourquoi, elle n'a jamais consulté de médecin mais elle augmentait elle-même la consommation des benzodiazépines ainsi que celle de la cocaïne.

Examen psychiatrique :

Fatema est venue seule, sa présentation corporo-vestimentaire est négligée, elle portait une djellaba noire, un foulard noir et des lunettes de soleil.

Le contact est bon, le langage est adapté, elle parle à voix basse. Elle a une hypomimie, son regard est anxieux. Elle fixe le sol en parlant, et elle manque de confiance en elle.

Elle présentait une anorexie depuis deux mois avec amaigrissement non chiffré, une insomnie de réveils multiples mal supportée, et une négligence corporo-vestimentaire, elle nous précise que d'habitude elle ne se voile pas, elle a porté ce matin pour cacher ses cheveux sales. Dans ses troubles de conduites sociales on note un isolement et un absentéisme depuis un mois.

On note aussi un ralentissement psychomoteur, une aboulie et une anhédonie, elle dit : « je ne quitte plus mon lit, d'ailleurs je ne vois pas pourquoi je le ferai ? Je n'ai envie de rien ». Elle a aussi des idées de dévalorisation et de dépréciation « j'ai toujours eu une très mauvaise estime de moi, mais maintenant je suis arrivée à un point où je me déteste ».

Evaluation de l'estime de soi à l'aide de l'Echelle de Rosenberg: Test de Fatema :

Score : 25points, ce qui correspond à une estime de soi « faible ».

Le diagnostic d'une addiction sévère à la cocaïne et aux benzodiazépines associée à un épisode dépressif majeur est retenu. La patiente a refusé l'hospitalisation, le suivi est fait en ambulatoire. Elle est mise sous antidépresseur sertraline 20 mg 1 comprimé par jour, et la Nordazépam a été maintenue à un comprimé le soir, il sera arrêté progressivement.

Octobre 2015:

- Présentation corporo-vestimentaire soignée, elle manque d'assurance lorsqu'elle s'exprime mais le contact avec elle est bon.
- Sa thymie est encore basse, elle présente une anhédonie, elle ne se plaint plus de troubles du sommeil, elle respecte la prise des médicaments.
- Elle a arrêté la consommation de la cocaïne depuis deux semaines. Elle dit : « je pense à la cocaïne tous les jours, elle me complétait, avec elle je ne suis plus timide, et je deviens plus performante, et plus joyeuse. Je l'ai arrêté, même si j'ai des doutes mais je vais essayer de ne plus y toucher».

Janvier 2016 :

Fatema a interrompu le suivi durant deux mois, elle s'est présentée sans rendez vous, sa présentation corporo-vestimentaire est négligée, elle dit qu'elle est revenue à son travail et pour tenir elle a « replongé » elle dit : « Je me sentais fatiguée, alors c'est pour tenir au boulot que j'ai repris de la cocaïne, je ne suis rien sans elle ». Elle pleure en parlant, elle dit qu'elle veut reprendre le traitement, elle présentait une insomnie, une anorexie et des idées de dévalorisation. Elle a été mise sous Miansérine (Athymil) 30 mg 1 comprimé le matin et 1 le soir, Alimémazine (Théralène) sirop 2 cuillères à soupe le soir, et Nordazépam (Nordaz) 7,5 mg 1 comprimé le soir.

Mars 2016:

Elle a raté le rendez vous qu'on avait fixé en février et elle veut qu'on en parle pas, elle veut parler de sa famille, elle dit : « mes parents m'ont toujours détesté, ils n'ont jamais voulu que je sois née, ils aiment beaucoup plus mes frères, car ils sont plus intelligents, et plus responsables » « alors que moi je ne suis qu'une fille incapable, ma mère m'a toujours sous-estimée, rabaissée. Quand j'étais enfant je n'avais pas le droit de jouer ou de crier ou même de suivre les dessins-animés, pour ne pas déranger mes frères ». Elle dit qu'elle aime énormément son travail car elle s'y sent utile, surtout quand elle est sous l'effet de la cocaïne.

Avril 2016 :

La patiente est euthymique, elle a une bonne présentation et sa mimique est adaptée. Elle dort bien et elle mange bien. Elle a une bonne observance thérapeutique.

Au niveau de la consommation de la cocaïne, elle dit : « j'ai beaucoup diminué, j'en prends une fois tous les 15 jours, cette fois je crois que je vais y arriver », elle commence à reprendre confiance en elle.

Elle parle de ses parents, elle nous rapporte qu'elle passe beaucoup de temps à s'occuper d'eux. Elle dit : « je veux qu'ils soient fiers de moi », « mes deux

frères sont partis, chacun a sa vie. Maintenant mes parents n'ont que moi, malgré tout ce qu'ils m'ont fait subir je reste leur petite fille ».

Elle ne parle jamais de ses deux filles, lorsqu'on lui pose la question elle change de sujet.

Le traitement médicamenteux est maintenu.

Commentaire du cas :

Ce qui retient notre attention, au niveau de la dynamique familiale, c'est sa relation avec ses parents. Elle parle tout le temps d'eux. Elle ne parle que rarement de ses deux filles. Elle maintient son statut de fille et elle ignore celui de mère.

Son estime de soi est très faible. Elle a eu un score faible à l'échelle de Rosenberg. Et son besoin d'être valorisée et aimée de ses parents est très important « je veux qu'ils soient fiers de moi », ça nous fait penser à une grande immaturité affective chez Fatema. Elle a habité chez ses parents juste après son divorce, pour reprendre sa place de petite fille « mes deux frères sont partis, chacun à sa vie. Maintenant mes parents n'ont que moi, malgré tout ce qu'ils m'ont fait subir je reste leur petite fille ». Pour elle son mariage n'était qu'une étape provisoire pour répondre aux exigences sociales.

L'addiction chez Fatema lui permet d'avoir un Moi Idéal « je ne suis rien sans elle ». Ce moi tant désiré par elle et par l'Autre c'est-à-dire ses parents. « Elle me complétait, avec elle je ne suis plus timide, et je deviens plus performante, et plus joyeuse ».

Son addiction lui permet de satisfaire ses parents et ainsi d'avoir confiance en elle. On se retrouve dans la problématique de la béance narcissique [29]

Observation n° 3 :

Monsieur Nizar, patient âgé de 21 ans accompagné par sa grand-mère en consultation à l'hôpital psychiatrique Arrazi de Tanger. Pour prise en charge

d'une addiction au cannabis. Nous l'avons suivi en consultation externe, de façon régulière d'Octobre 2015 au mai 2016.

Eléments biographiques :

Nizar est né à Tanger, son père était commerçant et sa mère était coiffeuse, fils unique de sa mère. Il est issu d'une grossesse désirée et qui se serait bien déroulée. Il a eu un bon développement psychomoteur. Il a eu à faire plusieurs voyages avec son père de par son travail. Sa mère ne les accompagnait pas car elle était la plupart du temps en désaccord avec son père. Les parents ont fini par divorcer quand Nizar avait 8 ans.

Il restait avec son père, au début ils sont partis s'installer à Marrakech. A l'âge de 10 ans ils sont partis en France, ils y ont passé 3 ans. Puis 13 ans ils reviennent au Maroc à Fès jusqu'à l'âge de 16 ans. Son père s'est remarié et Nizar est revenu alors sur Tanger chez sa grand-mère maternelle.

Sa mère s'est remariée quelques mois après le divorce. Elle n'a jamais trop cherché à voir son fils après le divorce. Elle est actuellement à Tunis avec son mari et ses deux autres enfants.

Monsieur Nizar a eu un bon cursus scolaire. Il n'a jamais redoublé malgré les multiples déménagements. Au contraire selon lui ça lui a permis d'enrichir sa culture et de fréquenter des établissements scolaires différents les uns des autres. Il a obtenu son baccalauréat à l'âge de 18 ans.

Après le baccalauréat il s'est inscrit dans une école de gestion, suite à la demande de son père qui veut que son fils tienne la gestion de son commerce. Nizar ne s'est jamais intéressé au commerce, dès le premier jour à l'école il a su que ce n'était pas sa branche. Il réussit avec indulgence sa première année, il s'est inscrit en deuxième année cependant il va rarement au cours et il n'a pas passé les examens. Actuellement il reprend la deuxième année mais il passe tout son temps à la maison.

Antécédents :

Nous n'avons pas retrouvé d'antécédents psychiatriques personnels ni familiaux.

Conduites addictives :

Cannabis : Nizar a commencé la consommation du cannabis à l'âge de 12 ans, en compagnie de ses amis, de façon occasionnelle en général durant des fêtes. Cette consommation est devenue quotidienne depuis l'âge de 19 ans. Depuis il fume seul. Actuellement il présente une addiction sévère au cannabis selon les critères du DSMV.

Tabac : il peut fumer en moyenne une à deux cigarettes par jour.

Histoire de la maladie :

Le début de la symptomatologie remonte à plus d'un an marqué par un isolement, évoluant dans un contexte de consommation massive de cannabis. En effet selon la grand-mère de notre patient, il restait la plupart part du temps seul dans sa chambre. Il ne sortait plus comme avant et ne voyait plus ses amis. C'est quand il a repris sa deuxième année à la faculté que sa grand mère a remarqué qu'il est devenu « triste ». Il ne prenait plus soin de lui alors que c'est quelqu'un de propre. Il ne mangeait plus comme avant. Même s'il ne l'avait jamais vu entrain de fumer elle sait qu'il consommait beaucoup le cannabis car elle sentait l'odeur du cannabis sortir de sa chambre.

Examen psychiatrique :

Nizar rentre dans notre bureau de consultation en trainant les pas derrière sa grand-mère. Il fixe le sol, et il a une hypomimie. Sa présentation corporeo-vestimentaire est négligée. Ses cheveux et sa barbe sont longs et négligés.

Le contact est bon, il se montre coopératif. Ses réponses sont adaptées mais courtes. Il ne prend pas l'initiative pour parler. Dans ses conduites instinctuelles on note une insomnie de réveils multiples mal supportée, et une anorexie avec une perte de poids non chiffrée. Il disait : « j'arrive plus à dormir comme avant, ça me fatigue énormément. Même pour manger je n'ai plus la force ni

l'appétit ». Dans ses conduites sociales on note un isolement sociale il dit : « j'ai plus envie de sortir je ne veux pas voir les gens je ne veux pas aller à la fac ».

Il est bien orienté dans le temps et l'espace. Son humeur est dépressive, il dit « je me sens profondément triste, ma vie n'a pas de sens. Il n'y a que le cannabis qui me soulage ». Il présente un ralentissement psychomoteur et une abolie. Au niveau de la pensée, il a des idées de dévalorisation et de dépréciation « je suis nul, je laisse toujours les autres me manipuler et faire de ma vie ce qu'ils veulent », il ne présente pas ce jour des idées délirantes ni des hallucinations.

Evaluation de l'estime de soi à l'aide de l'Echelle de Rosenberg : Test de Nizar:

Score : 14 points, ce qui correspond à une estime de soi « très faible »

Le diagnostic d'un épisode dépressif majeur associé à une addiction sévère au cannabis est retenu. Monsieur Nizar refuse l'hospitalisation, mais il est très motivé pour le traitement. Il veut arrêter la consommation du cannabis. Il a été mis sous antidépresseur Amitriptyline (Laroxyl) 25 mg 1 comprimé le matin et un comprimé le soir, et un rendez vous a été fixé dans deux semaines.

Novembre 2015, Nizar est venu seul au rendez vous, il a une présentation corporo-vestimentaire soignée et le contact est d'assez bonne qualité. Sur le plan psycho moteur il est légèrement ralenti et sa thymie est assez basse. Il a une bonne observance thérapeutique, et il dort bien.

Il évoque en premier lieu ses études et son désintérêt pour le commerce. Le fait qu'il voulait continuer la faculté pour « faire plaisir » à son père. Il disait « mon père a toujours contrôlé ma vie, alors qu'il n'a jamais été réellement présent dans ma vie. Il était toujours occupé par son travail et ses autres enfants » « en fait ce qui l'intéresse c'est l'image qu'on montre aux autres et non pas ce qui me fait plaisir. Quand je fume, je reste seul. Je me sens moi-même, le cannabis est mon seul vrai allié. Il m'aide à oublier mon père »

Au niveau de la consommation du cannabis, il dit qu'il a arrêté depuis une semaine, « c'est grâce à ma grand-mère qui me soutienne je veux lui faire plaisir, mais j'ai peur de replonger je n'ai pas confiance en moi »

Décembre 2015, il est venu accompagner de sa grand-mère, qui nous rapporte qu'il ne dort pas bien et qu'il est revenu au cannabis. Elle disait «il est entrain de replonger encore dans le cannabis, et il ne sort plus de la maison ». Sa présentation corporo-vestimentaire est négligée. Il a les larmes aux yeux. Il disait « je savais que je n'arriverais pas, je déteste le commerce et mon père ne veut pas que je change de branche, il ne veut pas me laisser tranquille ». Nous avons augmenté la dose du Laroxyl à 1 comprimé le matin et deux comprimés le soir. Nous avons demandé à voir son père. Sa grand-mère nous a expliqué qu'il ne viendra pas, pour lui Nizar n'est pas malade.

Janvier 2016, il est venu seul au rendez vous. Il a une bonne présentation corporo-vestimentaire. Sa mimique est adaptée, il dort bien et il mange bien. L'évolution est bonne. Il commence à sortir de la maison, il n'est pas encore revenu à la faculté, il évoque la pauvreté de son entourage sociale. Il n'aime pas rester avec les autres car il n'a pas confiance en lui et il croit que les autres le remarquent, il dit « je n'arrive pas à m'affirmer devant les autres, c'est pour cela que je préfère rester seul, et fumer seul ».

En février il a raté son rendez vous, mais il nous a appelé pour s'excuser et prendre un autre rendez vous.

En Mars 2016, il est venu seul au rendez vous. Il avait une bonne présentation corporo-vestimentaire, le contact était bon, le langage était adapté, il était euthymique, et il se plaignait d'une insomnie d'endormissement.

Il nous a rapporté que son père est venu à Tanger, il est resté 3 jours avec lui. Il disait « il est venu juste pour me pousser à revenir à la fac, il est très difficile à vivre, il veut tout maîtriser tout contrôler. Il est insupportable. D'ailleurs je lui ai dit tout ce que je pense de lui et je me suis senti très soulagé».

Concernant la consommation du cannabis il dit qu'il a fumé plusieurs fois quand son père était avec lui. Il dit « je ne comprends pas pourquoi à chaque dispute avec mon père, je ne pense qu'au cannabis, et je fume juste après »

Nous avons introduit l'Alimémazine (Théralène) sirop 1 cuillère à soupe le soir, en association avec Laroxyl 25 mg, 1 comprimé le matin et deux le soir.

En Avril 2016, l'état clinique de notre patient était stable il allait régulièrement en cours, il était plus concentré sur ses cours mais les rapports avec ses camarades sont de moyenne qualité. Il ne s'intéressait que très peu aux autres étudiants. Il disait : « c'est pour me protéger, je n'ai pas confiance en moi ». Il dit qu'il a toujours réfréné ses émotions, depuis le divorce de ses parents il est devenu solitaire, par manque de confiance. Ses meilleurs souvenirs sont ceux de la période où il était à Tanger, avant le divorce de ses parents. Il se rappelle qu'il était entouré d'amis.

En Mai 2016, Le patient est reçu avec sa grand-mère, dès les premières semaines à la faculté. Il s'isolait de nouveau pour fumer et n'allait plus au cours, il a décidé d'arrêter définitivement les études. « Je veux faire autre chose, je crois que le fait de continuer dans cette faculté ne m'aide pas pour arrêter le cannabis, alors que moi je veux vraiment finir avec ça ».

Il a une bonne présentation corporo-vestimentaire, il dort bien et il mange bien. Il est euthymique. Nous avons maintenu le même traitement.

Commentaire du cas :

Monsieur Nizar semble chercher à construire son identité, L'affirmation de soi est difficile pour lui. Il disait : « je n'ai pas confiance en moi », surtout face à un père autoritaire, il dit : « mon père a toujours contrôlé ma vie », « il est très difficile à vivre, il veut tout maîtriser tout contrôler ».

Le regard de l'Autre compte beaucoup pour lui, notamment celui de son père (il a repris l'inscription en 2^{ème} année à la fac pour « faire plaisir » à son père).

Il n'a jamais osé se rebeller face à son père, son «trop grand surmoi » ne lui permettant pas, il se rebelle alors par le biais du cannabis.

Le cannabis lui donne de manière illusoire le sentiment de régler quelque chose avec ce père tout puissant. Le cannabis lui offre la possibilité de s'affirmer et d'éviter la crise conflictuelle avec le père. Il dit : « Je ne comprends pas pourquoi à chaque dispute avec mon père, je ne pense qu'au cannabis, et je fume juste après ».

Nous assistons ici à la résolution du conflit œdipien à travers l'addiction.

Le cannabis devient ici « l'objet transitoire » décrit par Joyce Mc Dougall [25].

Avec cet objet (le cannabis) transitoire et non transitionnel, il règle transitoirement les conflits avec le père, ce qui fait qu'il y revient sans cesse (comme avec tout objet d'addiction), fumant ainsi de manière de plus en plus compulsive.

Observation n°4 :

Monsieur Khalid est âgé de 40 ans (1976) divorcé et père d'un garçon de 8 ans. Il s'est présenté seul à l'hôpital psychiatrique de Tanger. Il a demandé son hospitalisation pour un sevrage alcoolique. Nous l'avons suivi durant 7 mois (de novembre 2015 au mai 2016).

Eléments biographique :

Monsieur Khalid est né à Agadir (ville située au sud du Maroc). Il est issu d'une grossesse désirée qui s'est bien déroulée, il a eu un bon développement psychomoteur, il est l'aîné d'une fratrie utérine de deux garçons, sa mère est femme au foyer et son père est un ingénieur.

Ses parents ont divorcé quand il avait 8 ans, il s'est installé à Tanger chez sa grand-mère maternelle, avec sa mère et son frère cadet. Il a fait régulièrement des voyages pour voir son père à Agadir, et il passait toutes ses vacances scolaires chez ce dernier.

Monsieur Khalid a eu un cursus scolaire moyen. A l'âge de 16 ans son père l'oblige à rester à Agadir où il l'avait inscrit dans un lycée militaire, pour selon lui le « lui apprendre la discipline ».

Monsieur Khalid a très mal vécu la décision de son père. Les mois passaient et son niveau scolaire évoluait à la baisse, il disait : « c'est vrai qu'au lycée on avait un système différent de ce que je connaissais avant, mais ce n'était pas trop dur. Mon problème c'était de vivre avec mon père. Que dieu me pardonne, mais c'était les pires mois de ma vie. Il ne me laissait pas respirer, alors j'ai décidé de fuguer. Je suis revenu vivre chez ma grand-mère. Cela m'a coûté une année scolaire mais aussi ma relation avec mon père, il était déçu. Il m'avait traité de lâche et d'incapable. Sincèrement je crois qu'il a raison, je suis un lâche je l'ai toujours été ». Il a obtenu son baccalauréat à l'âge de 19ans. Après le baccalauréat il a enchaîné des petits boulots (serveur, vendeur, ouvrier...), ça fait maintenant un an qu'il est au chômage, il vit par le loyer d'un appartement que sa grand-mère lui a cédé. Cette dernière est décédée en 2003 (Khalid avait 27 ans) il était très proche d'elle. Il disait : « la mort de ma grand-mère m'a beaucoup affecté, je me rappelle que j'avais commencé la consommation d'alcool à cette époque, ça m'a aidé à oublier, et à me calmer ».

Khaled s'est marié avec une voisine à l'âge de 30 ans, un mariage traditionnel arrangé par sa mère, et qui a duré 5 ans, il disait : « j'ai divorcé car je trouve qu'elle mérite mieux que moi. Elle est ambitieuse et intelligente alors que moi je suis nul je ne sais que m'alcooliser ». Lorsqu'il divorçait son fils avait 3 ans, au début il le voyait régulièrement et petit à petit il a arrêté de le voir, il disait : « cela fait plus qu'un an que je n'ai pas vu mon fils, je l'aime mais je préfère ne pas le voir. J'ai peur d'avoir une mauvaise influence sur lui. Je ne suis qu'un alcoolique, sa mère est mieux placée pour l'éduquer ».

La relation entre ses deux parents étaient très conflictuelle, il disait : « mon père battais ma mère. Je me rappelle que ma mère avait toujours des bleus sur le corps et le visage. En tout cas ils ont bien fait de divorcer ».

Son père ne s'est pas remarié, il s'est consacré à son travail et à l'éducation de ses deux garçons. Il est décrit par Khalid comme étant un père très autoritaire, psychorigide, très ordonné. Il aimait tout contrôler surtout la vie de ses deux

enfants et il était « un grand alcoolique ». Il est décédé quand Khalid avait 36 ans à cette époque il avait augmenté sa consommation d'alcool. Il dit : « mon père avait tout le temps des bouteilles d'alcool cachées dans la maison. Quand j'étais enfant je détestais le voir ivre, je détestais l'odeur de l'alcool. Et après sa disparition je ne sais pas comment je suis devenu comme lui ».

Khalid a toujours eu de bonnes relations avec sa mère. Elle est selon lui gentille, sensible, mais hyperémotive et elle a « une faible personnalité » elle était effacée devant son père. Et elle ne s'est pas remariée. Actuellement elle vit chez son fils et sa femme.

Antécédents :

Nous n'avons pas retrouvé d'antécédents psychiatriques personnels ni familiaux chez Khalid.

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux on note qu'il est diabétique et hypertendu mal suivi.

Conduites addictives:

Khalid a commencé la consommation d'alcool à l'âge de 27 ans, le plus souvent il boit seul. Il préfère la bière, et la vodka. Il a fait 3 tentatives de sevrage sans aide spécialisée ET sans succès. Selon les critères d'addiction du DSMV il présente une addiction sévère à l'alcool. Il a commencé la consommation du cannabis à l'âge de 27 ans il l'a arrêté il y a de cela 5 ans. Et il fume le tabac de façon occasionnelle.

Examen psychiatrique :

La présentation corporo-vestimentaire de Khalid était débraillée, ses cheveux et sa barbe étaient longs et négligés. Son visage était congestif, ses yeux cernés et globuleux, sa mimique était figée et il marchait à petits pas.

Le contact était difficile au début de l'examen, son attitude hautaine, il disait « c'est vrai j'ai choisi de venir à l'hôpital tout seul, mais je ne veux pas qu'on me dérange en me posant des questions. Tout ce que je veux c'est m'isoler un

peu pour oublier l'alcool ». Sa voix était rauque, son langage était cohérent, mais ses réponses étaient courtes.

Dans ses conduites instinctuelles on notait une insomnie à type de réveils multiples depuis plus d'un mois, une anorexie. il disait : « je ressens plus la faim, mais j'ai tout le temps envie de boire,... l'alcool contrôle ma vie, sans l'alcool je ne peux pas dormir ». Il présentait une négligence corpore-vestimentaire, il est resté trois semaines sans se lavé. Dans ses conduites sociales on note un isolement. Il passe ses journées seul chez lui à boire, il dit : « je ne sors de chez moi que pour chercher l'argent du loyer et acheter avec des bouteilles d'alcool, que je stocke chez moi ».

Il était bien orienté dans le temps et dans l'espace, il était euthymique, il rapportait des moments d'amnésie antérograde. Il trouvait des difficultés à se concentrer surtout quand il boit beaucoup. Il ne présentait pas d'hallucinations ce jour. Ses idées tournent autour de l'alcool surtout il craint de ne pas arriver à l'arrêter, et il manque de confiance en lui.

Evaluation de l'estime de soi à l'aide de l'Echelle de Rosenberg: Test de Khalid.

Score : 18 points, ce qui correspond à une estime de soi « très faible »

Le diagnostic d'une addiction sévère à l'alcool selon les critères du DSMV est retenu, Khalid est hospitalisé et il est mis sous :

- Anxiolytique alprazolam (Alpraz) 1 mg comprimés, 1 le soir.
- Vitamino-B-thérapie (princiB fort) trois fois par jour.
- Acamprosate (Aotale) 2 comprimés matin, midi et soir.
- Alimemazine (Théralène) sirop 2 cuillères à soupe le soir.
- Et une hyperhydratation en per os, 3 à 4 litres d'eau par jour.

Il se plaignait de douleur au niveau de l'œsophage, nous avons demandé l'avis d'un gastro-entérologue qui a effectué une endoscopie, qui a objectivé une œsophagite, et l'a mis sous IPP.

Un bilan biologique a été demandé (NFS, transaminases, ionogramme sanguin), a montré une élévation des transaminases ainsi qu'une anémie normochrome normocytaire. Il a été mis sous TardyferonB9, 2 comprimés par jour.

Les entretiens ont été faits en présence de la psychologue de l'hôpital.

Au terme des 3 semaines d'hospitalisation l'évolution était bonne, il ne présentait plus de signes d'addiction physique ou psychique. Le contact avec toute l'équipe s'est amélioré progressivement, son sommeil s'est rétabli. A sa sortie il avait exprimé sa volonté de maintenir l'abstinence « j'ai vraiment peur c'est à l'intérieur de moi, mais j'ai décidé je vais plus récidiver ».

Il s'est présenté à son premier rendez vous deux semaines après sa sortie. Il avait une bonne présentation corporo-vestimentaire, il a pris quelques kilos, il dormait et il mangeait bien. Il ne s'isolait plus. Il est motivé pour revenir au travail. Cependant il s'est ré-alcoolisé, mais il est assez satisfait car, il dit : « maintenant j'arrive à me maîtriser, je ne bois pas tout les jours. J'arrive à arrêter quand je veux. Je prends de petites quantités et j'arrête » Le même traitement médicamenteux a été maintenu, il est rassuré par ce suivi, il tire un bilan positif de son hospitalisation, et il demande un autre rendez vous.

En mi-décembre 2015, il avait une bonne présentation corporo-vestimentaire, sa mimique était adaptée, il était souriant, le contact avec lui était bon. Il nous parlait spontanément de son fils, il a repris contact avec lui. Il disait : « je le vois souvent, je ne compte pas le lâcher, pas cette fois en tout cas. Je sais qu'à la fin il va me pardonner », il a beaucoup diminué la consommation d'alcool « j'ai fait la promesse à mon fils de ne pas boire l'alcool les jours où on se voit. Du coup j'ai beaucoup diminué la fréquence et la quantité de ma consommation ».

Janvier 2016, il n'est pas venu au rendez vous.

Février 2016, il s'est présenté sans rendez vous, disant qu'il a perdu ses ordonnances. Sa présentation corporo-vestimentaire était négligée. Il avait une hypomimie et un ralentissement psychomoteur. Il parlait à voix basse les larmes aux yeux, il s'isolait, il avait une insomnie à type de réveils multiples mal

supportée, et une anorexie. Il avait perdu 5 kilos en un mois et présentait des idées de dévalorisation.

Il a repris la consommation d'alcool, il buvait chaque jour jusqu'à l'ivresse, et il a arrêté son traitement médicamenteux. Il dit : « Je ne vaud rien, je ne peux même pas maintenir une promesse. J'ai honte de moi, chez moi je ne sais pas quoi faire de mon temps. Je m'ennuie seul. Je n'ai rien pour m'occuper. Je ne travaille pas. Alors qu'à l'hôpital j'étais bien, le temps passait plus vite, on avait des programmes et mes journées étaient pleines du coup je ne pensais plus à l'alcool », il se plaint de céphalées et de maux d'estomac.

Un traitement antidépresseur a été introduit à base de la sertraline (Nodep) 50 mg 1 comprimé par jour. Associé à l'Acamprosate (Aotale) 2 comprimés matin, midi et soir. Et la prazepam (Lysanxia) 10 mg 1 comprimé le matin et un comprimé le soir. Nous lui avons prescrit un IPP et du paracétamol pour ses maux d'estomac et ses céphalées.

Mi-Mars 2016, l'évolution était bonne, il dormait bien il mangeait bien, il avait une persistance de l'isolement, et de la dévalorisation, il parlait essentiellement de ses problèmes somatiques (des maux d'estomac, des céphalées, des douleurs au niveau du genou...), il buvait toujours de façon quotidienne, cependant il avait une bonne observance thérapeutique.

En avril, il est venu le jour de son rendez vous, l'évolution était bonne, il avait une bonne présentation corporo-vestimentaire, il était souriant, il a diminué la consommation d'alcool à deux bières le soir, il avait de plus en plus confiance en lui. Sa mère et son petit frère l'appellent régulièrement au téléphone.

En Mai, son état était stable, il avait une bonne observance thérapeutique, il était euthymique. Il ne buvait plus du tout d'alcool, et il en était très content. Il poursuivait ses démarches de recherche d'emploi tout en manquant toujours un peu de confiance en lui.

Commentaire du cas :

Les données anamnestiques et biographiques de monsieur Khalid mettent en évidence des frustrations précoces, tels que les conflits entre ses parents à cause de l'addiction à l'alcool de son père, le divorce de ses parents, l'autorité de son père et la passivité de sa mère, la relation conflictuelle avec son père. Cette situation engendre une souffrance chez Khalid, la présence et le soutien de sa grand-mère à cette époque est venue cachée ses failles. Après le décès de sa grand-mère il « plonge dans l'alcool ».

On peut voir dans cette addiction à l'alcool que présente Khalid une dimension identificatoire au père, apparemment œdipienne, sauf qu'il s'agit là d'une identification « par le bas » puisqu'il reprend le « symptôme alcool ».

En effet ce traumatisme psychique précoce a été désorganisateur pour Khalid a entraîné des failles narcissiques. Selon Bergeret [1], ce traumatisme aurait fragilisé un Moi qui a évolué jusqu'au début de l'œdipe. Ce Moi fragilisé se serait aménagé en refoulant les questions relatives à la sexualité de sorte que le conflit œdipien n'est pas traité et que la période œdipienne passe sans élaboration secondaire. La relation d'objet reste anaclitique, archaïque. La triade narcissique remplace la triangulation œdipienne.

Monsieur Khalid semble présenter « un vernis de surface », comme pour se donner une consistance. Cependant il souffre d'un manque de confiance en lui très important et qui va rapidement « s'effondrer » lors de l'hospitalisation et lors des entretiens psychothérapeutiques durant le suivi. Ainsi il nous a montré une partie de sa personnalité non authentique, que nous avons rapprochée du « faux-self » selon Winnicott. Il s'agit selon certains auteurs anglo-saxons du fonctionnement d'une instance prémoïque qu'il dénomme le « Self » et qui semble bien correspondre à cet état encore imparfait du fonctionnement du « Moi » [35].

Tant Winnicott que Ferenczi [6] soulignent l'importance du rôle de l'environnement parental dans la naissance psychique de l'individu et ses

dérappages. Ils accordent à la réalité externe de l'objet un poids équivalent à celui de la réalité interne dans le devenir du sujet.

En ce sens, le traumatisme narcissique serait à l'origine de la formation d'un faux self selon Winnicott [42].

Durant le suivi monsieur Khalid parle souvent de ses problèmes somatiques. Oscillant sur le plan narcissique, il se « raccroche » souvent à son corps, espace de projection, image principale qu'il peut montrer.

La reprise du contact avec son fils, le soutien de son frère et de sa mère, l'ont aidé à se renforcer narcissiquement, et à acquérir une confiance en lui plus solide.

Monsieur Khalid a eu une seule rechute, il est satisfait de son suivi et respecte la prise des médicaments et les rendez vous, il semble se « renarcissiser » tout au long de cette prise en charge.

SYNTHESE DES COMMENTAIRES

IV- SYNTHESE DES COMMENTAIRES

1- Choix et intérêt des cas

Nous avons choisi quatre patients pour notre étude de cas car ils présentaient un faible score à la passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, ainsi qu'une addiction modérée ou sévère à une ou plusieurs substances psychoactives. L'addiction a été qualifiée pour chaque malade selon les critères du DSMV.

2- Aspects cliniques

Notre travail a concerné quatre patients dont trois hommes et une femme. L'âge de nos malades variait entre 17 et 40 ans, aucun d'entre eux n'avait d'antécédents personnels psychiatriques connus. Deux de nos cas ont été hospitalisés, les deux autres ont refusé l'hospitalisation.

Deux de nos malades étaient addicts à une seule substance psychoactive, c'est le cas de Khaled qui avait une addiction sévère à l'alcool, et aussi Nizar qui avait une addiction sévère au cannabis. Alors que pour les deux autres cas l'addiction concernait plus qu'une SPA. Fatema avait une addiction sévère à la cocaïne et aux benzodiazépines, et Ayoub avait une addiction sévère au cannabis à l'alcool et au tabac, il consommait aussi d'autres SPA comme ça se présentait.

Nos quatre malades ont passé le test de Rosenberg pour l'évaluation de l'estime de soi, trois cas (Khalid, Ayoub et Nizar) ont une très faible estime de soi, leur score étaient respectivement (18, 17 et 14), Fatema avait une estime de soi faible avec un score à 25 points.

La dépression est l'une des principales maladies fortement liée à un trouble de l'estime de soi. Trois de nos cas avaient un double diagnostic, c'est le cas d'Ayoub qui avait une addiction sévère au cannabis à l'alcool et au tabac associée à une dépression délirante. De Nizar qui avait une addiction sévère au cannabis associée à un épisode dépressif majeur, et de Fatema qui avait une addiction sévère à la cocaïne et aux benzodiazépines associée à un épisode dépressif majeur. Khalid présentait une addiction sévère à l'alcool.

Chez nos patients nous avons étudié les éléments biographiques et familiaux, pour comprendre la relation qui existerait entre les troubles de l'estime de soi et l'addiction aux substances psychoactives quelque soit leur nature.

3- Aspects psychopathologiques

Les troubles de l'estime de soi et les défaillances narcissiques ne sont pas des composantes constantes dans la pathologie addictive.

Si aucune des structures de personnalité ne constituent des conditions nécessaires pour les addictions, les conceptions sur les troubles narcissiques apportent des modèles théoriques très éclairant pour comprendre un certain nombre de troubles addictifs.

Ce dont serait dépendant le sujet, c'est de ce qui « ferme » illusoirement le décalage entre le sujet et son Moi, ce décalage peut être nommé « béance narcissique ».

La pratique, le plus souvent solitaire, de la conduite addictive évite la relation à l'autre par un effacement du Moi et du surmoi, comme de l'objet : ce qui permet au sujet de rendre possible l'expérience de la position de l'omnipotence. Brusset parle d'une « indifférenciation » [3] qui serait à l'origine d'un Moi idéal.

Le sujet oscille ainsi entre élation (inflation narcissique, omnipotence) et défaillance narcissique en basculant d'un état à l'autre « grâce » à l'objet d'addiction.

La béance narcissique apparaît comme support de toutes les identifications.

Le sujet, dévalorisé, en état de déréliction bascule vers un état d'élation, de sécurité, de bonheur ; il éprouve un sentiment de suffisance, et de satisfaction.

L'addiction serait alors une forme d'automédication qui permettrait de faire face à la négativité de soi, de dépasser un phénomène déplaisant, la conduite addictive provoquant ainsi une élation et un soulagement.

Nous allons maintenant essayer de voir comment les troubles l'estime de soi peuvent nous éclairer pour comprendre certains troubles addictifs, en se basant sur différentes théories psychanalytiques.

3-1- Addiction et relation d'objet

Les conduites addictives offrent des modalités particulières d'aménagement de la relation objectale à des fins narcissiques.

L'objet désigne ce qui constitue en soi une attirance ou une répulsion (objet d'amour/ de haine), cela concerne aussi bien la personne totale qu'un idéal, une entité. C'est par l' « objet » que l'activité pulsionnelle tend à la satisfaction.

On distingue, l'objet « externe » en la personne de l'Autre et l'objet « interne » qui est le résultat de l'introjection des expériences relationnelles à l'objet et des représentations qu'elles induisent [26].

Winnicott :

Selon la théorie de Winnicott [43], l'addiction a le rôle de compensation pour compléter un espace transitionnel défaillant.

Winnicott précise que ce n'est pas l'objet qui est transitionnel, c'est l'utilisation que le sujet en fait. A sa suite Joyce Mc Dougall [24] postule que le sujet se protège de ses douleurs psychiques en ayant recours aux addictions, qui constitueraient une forme de restitution d'un espace transitionnel défaillant. Elle met le concept d'addiction en rapport avec l'échec des processus d'intériorisation de l'objet.

La personne dépendante n'a pas eu accès à la séparation et à la perte de l'objet, Joyce Mc Dougall [24] avance qu'il y aurait une défaillance de l'étalement maternel, ne permettant pas d'élaborer des processus de séparation ; l'objet maternel interne serait vécu comme absent, incapable de consoler l'enfant perturbé.

L'addiction est une pathologie de l'attachement, du lien, et de la transitionnalité. L'acte-symptôme du sujet addict, tente de faire tenir aux objets substitutifs externes la fonction d'Objet symbolique qui manque, ou qui est abîmé dans le monde psychique interne, ces actes utilisent des objets matériels (objets de l'addiction) qui représentent des substituts de l'Objet transitionnel de Winnicott.

Joyce Mc Dougall [25] leur donne le nom d'objets transitoires. Car contrairement à l'objet transitionnel qui est en voie d'introjection, puis d'identification, «les objets d'addiction sont « transitoires » car toujours à recréer car toujours dehors».

Dans le cas de Nizar nous retrouvons cette notion « d'objet transitoire » dont parlait Mc Dougall. Par le cannabis qui est cet objet transitoire Nizar règle les conflits avec son père, en consommant de façon de plus en plus importante à chaque fois qu'il a un problème ou une dispute avec lui. Il dit : « je ne comprends pas pourquoi chaque qu'on se dispute je ne pense qu'au cannabis, et je fume juste après ».

Freud :

Il nous permet de comprendre le comportement addictif sous l'angle libidinal.

Le passage du corps biologique au corps libidinal (ou « désireux ») s'est mal aménagé lors du lien de dépendance précoce (l'enfance).

Pour Freud [9], la « représentation » se met en place via la perte de l'objet, sur fond d'articulation du principe de plaisir et du principe de réalité.

Le caractère organisateur de la perte de l'objet permet l'avènement de la représentation, la mise en place de la réalité et de l'objet externe.

Des expériences satisfaisantes, gratifiantes permettent la constitution d'un « bon objet interne » qui aidera à supporter les moments d'absence de l'objet externe.

La difficulté du toxicomane c'est de différencier l'objet de besoin et l'objet de désir.

Selon Jeammet [15] auteur reprenant la pensée Freudienne, la personne addict n'a pas eu accès à la séparation et à la perte de l'objet, il y a eu défaillance traumatique de l'environnement originaire ou des assises narcissiques. C'est le cas de Ayoub, chez lui cette faille narcissique existait depuis le mariage de sa mère quand il avait 3ans, mais elle s'est réactualisée quand il a découvert qu'il a été adopté. Il disait « quand j'ai su pour mes origines, c'était comme si je n'étais plus rien ; plus personne ; je n'avais plus rien à moi »

Mélanie Klein :

Pour Mélanie Klein [12], ce qui est primordial dans l'attachement et la constitution d'un narcissisme sain – et donc d'une estime de soi stable solide et moyenne – c'est l'introjection d'un bon objet interne.

Le sujet addict n'a pas introjecté ce bon objet interne, c'est pourquoi il nécessite un apport, un besoin, à visée sédatrice. Apport qu'il va trouver, temporairement, dans son objet d'addiction.

C'est le cas de Khaled quand il dit : « ça m'aide à me calmer » « sans l'alcool je ne peux pas dormir ».

Pédinielli :

Jean-Louis Pédinielli [31] s'intéresse, entre autres, aux mécanismes de défense pour lutter contre le malaise créé par la faille narcissique. Pour faire face à ce malaise, il nous parle du passage à l'acte, c'est-à-dire de « l'Agir ». Les conduites addictives représentent un mode de défense permettant au sujet de maintenir une homéostasie psychique chaque fois que son équilibre économique est menacé sur le versant narcissique ou sur le versant objectal. Rappelons que l'objet de besoin renvoie au pôle narcissique, et l'objet de désir renvoie au pôle objectal.

Jean Louis Pedinelli [30], dans « Apport de la psychanalyse à l'addiction » insiste sur l'ethymologie du terme « addiction ».

Le terme renvoie à la voix passive « être donné », et donc à l'esclavage, l'auteur nous explique que le corps est devenu autre, aliéné à l'autre, servant de substitution à une dette non soldée , c'est le cas de nos quatre malades (Nizar, Fatema, Ayoub, et Khaled).

3-2-Addiction et recherche d'élation et de sécurité

Kohut/ Grunberger :

Kohut [19] parle de « Soi-Objet », chez le sujet addict, ce sont les objets d'addiction que nous pouvons rapprocher de ces Soi-Objets. En effet, Kohut [19] nous dit que les Soi-Objets sont indispensables à la survie du sujet souffrant de troubles narcissiques mais qu'ils n'ont pas de représentation précise, or nous savons bien à quel point il est difficile pour le sujet addict de décrire, de se représenter son objet d'addiction. C'est ce qu'on nous avons remarqué chez Fatema qui disait : « sans la cocaïne je ne suis rien ».

En outre, comme nous l'avons vu dans l'étude des cas cliniques, tous les patients souffrant de conduites addictives arrivent à dire, cependant, qu'il existe bien un état de bascule lors de la prise du produit ; bascule vers un sentiment de bonheur, certes transitoire, vers un état de confort absolu, d'élation... Nous pouvons ainsi appeler cet état, en utilisant les termes de Kohut, le « Soi-grandiose ».

Grâce au Soi-Objet – objet d'addiction en l'occurrence – le sujet bascule vers un Soi grandiose.

Comme chez Ayoub qui se sentait plus fort et plus courageux en étant sous l'effet de l'alcool, il disait : « ça me fait du bien de boire j'aime être ivre, ça m'aide à dépasser ma peur, je deviens courageux, et même agressif. Ça m'aide à participer à des bagarres avec mes amis » [19].

Bergeret :

Jean Bergeret [2] reste avec l'idée freudienne d'une libido unique ; il rattache la béance narcissique aux stades d'Abraham. Il parle de « vide rectal » en tant que métaphore du vide psychique. Or ce vide psychique est souvent observé chez les sujets souffrant de conduites addictives.

Le narcissisme pathologique se caractérise par un Moi lacunaire par incomplétude narcissique, une sorte de poche trouée, avec une revendication affective inépuisable, une insatisfaction irréductible, une quémante permanente.

Le sujet a une image de soi faible et fragile qui oscille entre des tentatives d'élation narcissique - parfois grâce à la drogue -et de dérégulation. [1]

Nous trouvons cette notion de moi lacunaire chez Fatema, qui avec la cocaïne remplissait cette vacuité « je pense à la cocaïne tous les jours, elle me complétait.. »

« ...j'ai repris de la cocaïne, je suis rien sans elle ».

Lors des tentatives d'élation narcissique, le sujet pense qu'aucune blessure narcissique n'est à craindre car il est dans la maîtrise, le produit (drogue/alcool) lui confère un sentiment de toute puissance, de sécurité, de bonheur. [2]

3-3- Addiction et temporalité

En dehors des concepts et théorisations psychanalytiques, nous avons trouvé intéressant de mentionner le rapport au temps du sujet addict dans ce travail sur les addictions.

Nous pouvons postuler que le sujet addict a besoin de sa dose « pour se faire » et exister telle une entité psychique et physique dans le temps et dans l'espace.

La personne addictive ne cesse d'interroger son rapport au temps, le besoin d'immédiateté et celui de satisfaction du désir sont au premier plan dans le vécu de l'individu [13].

Ce rapport au temps peut se trouver modifié pour de multiples raisons : l'inadaptation et la révolte, le non conformisme, l'angoisse d'être, l'angoisse de la relation à l'autre, la réalité temporo-spatiale, l'organisation intérieure, l'intolérance à la frustration et l'ambivalence par rapport au changement.

Les notions d'ennui, d'oubli du présent reviennent souvent dans l'étude des patients dépendants.

Comme chez Khalid, lorsqu'il parle de son hospitalisation en insistant sur l'organisation du temps. Il explique qu'après l'hospitalisation il restait seul chez lui et l'ennui qui poussait à rechuter. « À l'hôpital j'étais bien, le temps passait plus vite, on avait des programmes et mes journées étaient pleines du coup je ne pensais plus à l'alcool ».

Ce rapport au temps, pour reprendre les termes d'Husserl [14] : « cette conscience intime du temps », permettrait à l'individu d'assigner un sens à son existence.

Les effets provoqués par les conduites addictives seraient ressentis comme des temps de parenthèses [21] permettant d'occulter les pressions du quotidien, et, d'effacer par l'oubli toutes les craintes que peut avoir un individu.

La conduite addictive permettrait, selon Le Garrec [21] une « disjonction momentanée avec la quotidienneté, la construction dans un nouvel espace-temps, d'une légitimité à faire, à dire ou à être, autrement que dans les temps structurels, normalisés et institués.

Les moments de consommation apparaissent ainsi comme des marqueurs temporels pour soi, une réassurance de soi sur la scène de la quotidienneté.

Chez le sujet addict, le temps est vécu selon une forme archaïque (ou primaire) [40]. C'est un temps de « l'inconscient », « présentifié », ou encore circulaire et perpétuel. Cette manière de « vivre le temps » peut être une quête narcissique.

4- Aspects thérapeutiques

L'addiction ne constitue qu'un élément de l'existence de chaque patient. Le traitement chez nos patients est un traitement qui va au delà d'un simple sevrage, c'est une prise en charge intégrée mais aussi c'est un soin « renarcissant ».

Fatema, Nizar et Ayoub présentaient une comorbidité. Ils avaient des troubles addictives associés à une dépression, ils ont bénéficié d'un traitement intégré. C'est-à-dire par la mise en place d'un traitement médicamenteux pour traiter la dépression, associé à des entretiens motivationnels pour le traitement de l'addiction.

Nos quatre malades ont participé à « des groupes de parole », une thérapie qui présente un intérêt certain dans leur prise en charge.

La psychoéducation familiale a une grande importance dans la prise en charge de nos malades, mais devant l'absence des familles malgré nos tentatives de les

contacter, un seul malade, qui était la plupart du temps accompagné de sa grand-mère, c'est le cas de Nizar, a pu bénéficier des bienfaits de cette psychoéducation que nous avons effectué avec sa grand-mère, cette dernière l'avait soutenu durant toute la période du suivi.

Améliorer l'estime de soi chez nos quatre malades représentait une priorité dans notre démarche thérapeutique.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont largement utilisées la base de cette thérapie est le travail sur les pensées et les émotions négatives qu'on trouve chez les personnes qui souffrent d'un trouble de l'estime de soi. A l'aide d'exercices pratiques et de jeux de rôle, nos objectifs étaient d'amener les patients à mieux se connaître, à accepter leurs forces et leurs faiblesses et à s'affirmer en supportant mieux les situations d'échec, même face à l'objet d'addiction.

Se connaître constitue la première démarche en ce qui concerne l'estime de soi, il faut garder à l'esprit que nous pouvons tous augmenter notre estime de soi et notre confiance en soi. Mais se connaître n'est pas suffisant, il faut avant tout s'accepter. Il n'est pas nécessaire de n'avoir que des qualités pour avoir une bonne estime de soi. Mais il faut plutôt pouvoir assumer ses défauts ou encore vouloir les changer. [23]

Se fixer des objectifs est un bon moyen de prendre conscience de son potentiel est d'accomplir un défi quelconque. Nous avons demandé à nos patients de choisir un défi, même modeste. Par exemple nous avons demandé à Khaled, de sortir faire de la marche. Une fois l'objectif atteint, cela permet de ressentir une amélioration de l'estime de soi. [4]

Apprécier qui vous êtes, nous avons demandé à nos malades de se mettre devant un miroir et d'exprimer à haute voix ce qu'ils aiment en eux. Cette technique affecte la perception de soi même et par conséquent votre estime de soi.

Rechercher des liens positifs et s'intégrer à un groupe est un élément lié à l'estime de soi. La reconnaissance sociale témoigne d'une acceptation par les autres et permet à l'individu de se valoriser. [18]

Et en fin il faut comprendre que l'affirmation de soi, qui est une composante importante de l'estime de soi, est la capacité d'exprimer ce qu'on pense, ce qu'on veut, et ce qu'on ressent. Tout en respectant ce que l'autre pense, veut et ressent. [38]

CONCLUSION

CONCLUSION

Malgré une diversité théorique dans notre revue de la littérature, une notion est commune à tous les auteurs que nous avons étudiés : l'enfant a une expérience de plénitude narcissique et, à un moment donné, un traumatisme vient perturber l'évolution ultérieure de son narcissisme et donc de son estime de soi.

Nous avons également remarqué l'importance de l'attachement dans la constitution d'un narcissisme sain : si l'enfance a été sécurisée, la situation œdipienne est mieux tolérée ; s'il y a des carences narcissiques – comme nous l'avons vu dans les cas cliniques - l'Oedipe sera plus tragique et aggravera ces défaillances narcissiques.

Ces troubles de l'estime de soi - par inflation ou effondrement – se manifestent par des affects narcissiques que l'on retrouve souvent dans la sémiologie présentée par les patients souffrant de conduites addictives.

C'est ainsi que nous sommes partis de l'hypothèse que ce dont seraient réellement dépendant les patients, correspondrait à ce qui « comble » le décalage entre le sujet et son moi, décalage qui a été nommé « béance narcissique ».

La béance narcissique apparaissant ainsi comme « support » de la conduite addictive ; le sujet dévalorisé, en état de déréliction bascule vers un état d'élation, de sécurité, de bonheur grâce à l'usage de produits. Il éprouve alors illusoirement et temporairement un sentiment de suffisance, de satisfaction.

Nous avons également étudié la conduite addictive en terme de relation objectale. Les troubles dans les relations d'objet étant en effet au cœur de la problématique rencontrée chez les sujets souffrant de failles narcissiques. Pour Winnicott et ensuite Mc Dougall, les conduites addictives se sont constituées à cause d'une défaillance dans la construction de l'espace transitionnel, Mc Dougall a ainsi appelé les substituts de l'objet transitionnel de Winnicott « objets transitoires », le processus d'intériorisation de l'objet ayant échoué.

Klein avance également, la nécessité de la constitution d'un « bon objet interne » pour élaborer des relations objectales « saines ».

Enfin, nous avons noté que la temporalité joue un rôle important dans les pathologies addictives : quand le vide temporel vient percuter le vide narcissique, arrive le moment pour le sujet addict de « prendre sa dose ».

REFERENCES

1. Bergeret J., Les états limites et leurs aménagements. *Psychologie pathologique*. Paris: Masson; 1994, p. 331.
2. Bergeret J., le psychanalyste à l'écoute du toxicomane, Paris, Dunod. 1981, p. 145-156.
3. Brusset B., « Dépendance addictive et dépendance affective ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2, vol. 68, p. 405-420.
4. Burns D.D., Ten Days to Self-esteem. Quill William Morrow, New York;1993, p.320-341.
5. Corcos M., Jeammet P., Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. *Psychotropes*, 2006, p.71-91.
6. De Parceval C. De Ferenczi à Winnicott : le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-héron*. 2007 ; 2 (189) : p.122-141.
7. Dolto F., Dolto-Tolitch. C, « *Paroles d'adolescents : ou le complexe du homard* », Hatier, 1989, p. 89-100.
8. Fernandez L., Catteeuw M. Addictions: étymologie, histoire, définitions et Théories. In: *Clinique des addictions, Théories, Evaluation, Prévention et Soins*. Edition: Armand Colin, août2005:p.19-32
9. Freud S., « Pour introduire le narcissisme ». Paris : Payot 2012, p.160.
10. Goodman, Addiction: definition and implications. *Br J Addict*, 1990. 85:1403-8.
11. Gutton P, Pratiques de l'incorporation, *Adolescence*, 2, 1984, p.313
12. Hanna Segal. Introduction à l'œuvre de Melanie Klein, 2011, p. 209
13. Hautefeuille M., « Addictions et temporalités », *Psychotropes*, 2011/2, vol.17, p 5-8.
14. Husserl E., « Leçon pour une phénoménologie de la conscience intime du temps. ». 6ième édition. Paris : PUF 1996,p.224

15. Jeammet P., « Addiction, dépendance, adolescence, réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques ». *Les nouvelles addictions*. Paris :Masson 1990. p. 10-29.
16. Jeammet P., « *Note sur les processus de pensée et la relation d'objet* », *Adolescence*, 1991. p.47-54.
17. Jeammet P. Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction, Cliniques méditerranéennes, p155-175
18. Khalsa, S.S., Exercices groupe for enhancing social skills ans self-esteem. (Vol.2), Professional Ressource Press, Florida,1999, p 267.
19. Kohut H., « Le soi. ». 4ième édition. Paris : PUF 2004. p.374
20. Lacan Jacques, « Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique », *Revue française de psychanalyse*, octobre 1949, p. 449-455
21. Le Garrec S., « Le temps des consommations comme oubli du présent ». *Psychotropes*, 2011/2, vol.17, p. 19-38.
22. Lelord, A.C., L'estime de soi. Éditions Odile Jacob, Paris,1999, p.74
23. Marks I. « the Practice of Behavioural and Cognitive Psychotherapy», 1991, p. 63-65.
24. Mc Dougall J. Plaidoyer pour une certaine anormalité, Paris, Gallimard, p.138
25. Mc Dougal J.,Théâtre du Je, Paris, Gallimard, 1982,p. 354.
26. Miel C., « La toxicomanie ou la quête impossible de l'objet ». *Psychotropes*, 2002/1, vol.8, p. 7-21.
27. Muldworf B., *Le métier de père.*, Casterman. 1972. p.127.
28. Olievenstein, C, « *La vie du toxicomane : Séminaire de l'Hôpital Marmottan* » Paris : PUF, 1982. p7
29. Pedinielli J-L., Bonnet A., « Apport de la psychanalyse à la question de l'addiction ». *Psychotropes*, 2008/3, vol.14, p. 41-45.

30. Pedinielli J-L., Bonnet A., « Apport de la psychanalyse à la question de l'addiction ». *Psychotropes*, 2008/3, vol.14, p. 50-54.
31. Pedinielli J-L. les deux morts de l'addiction, *Nervure, Journal de psychiatre*, 8, p.50-53.
32. Pedinielli J.L., Rouan G., Bretagne P., « Psychopathologie des addictions ». 2ième édition. Paris : PUF 1997.p.128 .
33. Peele S., *Love and addiction*, New York, Taplinger, 1975, p.58
34. Peele S., *The meaning of addiction : compulsive experience and its interpretation*, Lexington, Mass. Lexington Books,1985, p.174-183
35. Pelle TD. Les états limites et la dépressivité : un lien "anaclitique". [Thèse de doctorat en médecine]. Nancy : Université Henri Poincaré Faculté de Médecine;2004 : p.136.
36. Piaget Jean, *Six études de psychologie génétique*, p.84-106
37. Reynaud M., Parquet P-J, Lagrue G. Pourquoi parler de pratiques addictives ? : Les pratiques addictives. Edition Odile Jacob février 2000: p.31-37
38. Saint Ours, D., *Épanouissement personnel*. Éditions Agence d'arc Inc,1992, p.22-39
39. Sigmund Freud, *Trois essais sur la théorie de la sexualité infantile*. 1905, p 105.
40. Singainy E. J.-D., Keller P.H., Fleury B., « Le temps vécu par le sujet alcoolique ». *Le courrier des addictions*, 2000, n°3, p. 116-120.
41. Wallon Henri, *Les origines de la pensée chez l'enfant*, Paris, PUF, 1945, p 96
42. Winnicott DW.*Conversations ordinaires*. Paris : Gallimard ; 1988 : p.320.
43. Winnicott, D.W, « *De la pédiatrie à la psychanalyse* » Payot, 1989. p. 246
44. Winnicott, D.W, « *La mère suffisamment bonne* », Rivages, Paris. 2006. P125-137
45. Winnicott. D, *De la pédiatrie à la psychanalyse.*, p. 286.

46. Zuckerman M. The sensation seeking motive. In : Mahe B. A. (ed.). Progress in Experimental Personality Research. New York : Academic Press, 1974. p.208

ANNEXES

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Tout à fait en désaccord 1 / Plutôt en désaccord 2 / Plutôt en accord 3 / Tout à fait en accord 4

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre 1-

2-3-4

2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1-2-3-4

3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté 1-2-3-4

4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4

5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1-2-3-4

6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. 1-2-3-4

7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. 1-2-3-4

8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même 1-2-3-4

9. Parfois je me sens vraiment inutile. 1-2-3-4

10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. 1-2-3-4

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

Critères de l'addiction selon Goodman :

Ces différents critères ont été établis par Goodman en 1990 :

A - Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.

B - Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement.

C - Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement.

D - Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.

E - Au moins cinq des items suivants :

1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.
2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.
3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.

4. Importante perte de temps passée à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.
7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.
8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.
9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.

F - Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Addiction à une substance selon DSMV :

- la substance prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévue
- il exista un désir persistant, ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance.
- Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets.
- Il existe un craving : désir fort ou pulsion à consommer.
- Il existe une incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.

- Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.
- Il exista une réduction ou arrêt d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage de la substance.
- Usage dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux.
- Usage de la substance poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents

Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
- Effet diminué lors de l'usage continu.
- Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - Substance consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Un point est attribué pour chaque réponse par « oui » :
 - Score < 2 : absence d'addiction
 - Score de 2 à 3 : addiction légère
 - Score de 4 à 5 : addiction modérée
 - Score \geq 6 : addiction sévère

ESTIME DE SOI ET ADDICTIONS : ETUDE PSYCHOPATHOLOGIQUE A PROPOS DE QUATRE CAS CLINIQUES

RESUME

L'objectif principal de notre travail était de déterminer la relation qui existerait entre les troubles de l'estime de soi et les conduites addictives par le biais d'une lecture psychopathologique. Et nos objectifs spécifiques étaient de démontrer l'importance de l'évaluation de l'estime de soi chez les personnes addicts, et l'importance d'avoir des programmes qui offraient des modalités de traitement intégré chez les malades présentant un double diagnostic.

Nous avons mené une étude de cas, concernant 4 cas cliniques, qui présentaient un faible score à l'évaluation de l'estime de soi à l'aide de l'échelle de Rosenberg, associé à une addiction modérée et/ou sévère selon les critères du DSMV. Notre étude a été effectuée à l'hôpital psychiatrique « Arrazi » de Tanger sur une période de neuf mois allant du premier septembre 2015 au 31 mai 2016.

La lecture psychopathologique pose un problème de diversité des théories, mais une notion reste commune à tous les auteurs que nous avons étudiés, l'enfant a une expérience de plénitude narcissique et, à un moment donné, un traumatisme vient perturber l'évolution ultérieure de son narcissisme et donc de son estime de soi.

Les événements de vie qui ont été vécus de façon traumatique par nos patients, tels que les abandons, les ruptures, les agressions physiques verbales etc. ont été déterminants dans leur développements et ils ont entraîné des défaillances narcissiques majeures, qui seraient le moteur de leurs addictions.

Les conduites addictives donnent aux sujets souffrants de défaillances narcissiques, illusoirement et temporairement un sentiment de suffisance, et de satisfaction.

Du point de vue objectal les conduites addictives constituent une forme de restitution d'un espace transitionnel défaillant.

La temporalité joue un rôle important dans les pathologies addictives, quand le vide temporel vient percuter le vide narcissique, arrive le moment pour le sujet addict de «prendre sa dose ».

L'évaluation de l'estime de soi selon l'échelle de Rosenberg a constitué un élément important dans l'orientation de la prise en charge thérapeutique de nos malades. Une prise en charge intégrée, concentrée sur un soin renarcissisant.

En fin nous dirons que ce dont seraient réellement dépendant les patients, correspondrait à ce qui « comble » le décalage entre le sujet et son moi, décalage qui a été nommé « béance narcissique ».

Mots clés : Estime de soi, Narcissisme, Addiction, Rosenberg, Traitement intégré, Renarcissisant.

Dr. Safae SALIH