

UNIVERSITE D'ANGERS
UFR Lettres, Langues et Sciences Humaines
Département de psychologie

La toxicomanie comme solution somatique

Mr « L » : quand l'addiction vient combler une carence affective

Mémoire présenté pour le Master 1 Sciences Humaines et Sociales
Mention Psychologie

Par Valentin Gonnet,
Sous la direction d'Annie Rolland

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL) EA 4638
UNAM (Université Nantes Angers Le Mans)
ANGERS, mai 2014

Je tiens à remercier Annie Rolland,
Directrice de ce mémoire et professeure éclairante,
avec qui j'ai pu élaborer cette recherche,
notamment grâce à ses conseils avisés et son expérience.

Je remercie également Manuela M. et Micheline V. pour leur partage,
et sans qui ce stage et le travail qui en a découlé n'aurait été possible...

*« A la pensée est liée la chair.
Une pensée morte est un corps sacrifié. »*

Edmond Jabès, Elya

SOMMAIRE

INTRODUCTION: présentation du mémoire.....	1
PREMIERE PARTIE : Méthodologie clinique	
I. Présentation du lieu de stage.....	1
II. Dispositif clinique : description et critique.....	2
III. Contexte de la rencontre et analyse de la demande.....	2
IV. Eléments anamnestiques.....	3
V. Eléments du transfert et contre-transfert.....	5
VI. Eléments de recherche.....	6
SECONDE PARTIE : Clinique de Mr « L »	
I. Un corps pour la psyché.....	7
a) Une consommation ritualisée.....	7
b) Du déni dans la dépendance.....	8
c) Le corps dans le discours.....	9
II. Les émotions disparues.....	10
a) Des paroles sans émotion.....	10
b) Le sentiment de solitude ou l'affect lointain.....	11
III. Un cocon maternel.....	13
a) Le lien à la mère.....	13
b) La fratrie comme génératrice de soutien et d'affection.....	14
c) L'omniprésence d'un lien affectif rompu : une séparation impossible.....	15
TROISIEME PARTIE : Articulation théorico-clinique	
I. Le corps de Mr « L » : scène de la parole.....	17
a) Le corps avant les maux.....	17
b) Des affects à distance.....	18
II. La solution addictive : une solution somatique.....	19
a) Pour lutter contre une souffrance.....	19
b) Pour combler un manque affectif.....	21
III. L'objet addictif ou l'illusion maternelle.....	23
a) Des « objets – substances » rassurants et protecteurs.....	23
b) L'objet addictif : prolongement de l'objet transitionnel.....	25
Conclusion.....	28
<i>Bibliographie.....</i>	30

INTRODUCTION : Présentation du mémoire

Ce mémoire de Master 1 de psychopathologie clinique relate le cas de Mr « L », patient toxicomane rencontré lors d'un stage dans un C.S.A.P.A situé dans les Antilles Françaises.

D'abord, il restitue la méthodologie avec laquelle j'ai pu recueillir des données cliniques lors de stage, présente l'institution et le cadre qui m'a été proposé, relate les premiers éléments anamnestiques de Mr « L » ainsi que ceux de la relation transféro contre-transférentielle.

Après avoir annoncé la problématique de recherche, ce mémoire évoque dans une seconde partie l'étude du discours de Mr « L » et relève les éléments cliniques tels qu'ils m'ont été donnés à penser pendant les entretiens mais également dans l'après coup du stage.

Enfin, la troisième et dernière partie a pour but d'articuler cette clinique avec la théorie déjà existante, et pour cela, utilise les ouvrages et les articles qui m'ont permis d'éclairer mes données tout au long de ce travail, regroupés dans la bibliographie.

PREMIERE PARTIE : METHODOLOGIE CLINIQUE

I. Présentation du lieu de stage

Durant trois mois, je me suis rendu à Fort de France, chef lieu de la Martinique, où j'ai eu l'occasion de me joindre à l'équipe d'un établissement spécialisé dans la prise en charge des addictions, situé sur les hauteurs de la ville, et créé en 1993 par le Professeur Aimé Charles-Nicolas.

Il s'agit plus précisément d'un C.S.A.P.A : Centre de Soins, d'Adaptation et de Prévention en Addictologie. Cette institution est un élément principal de la prise en charge des addictions en Martinique. Elle présente la particularité de mêler soins et recherche au sein de l'U.S.S.A.R.D : Unité Spécialisée de Soins en Ambulatoire et de Recherche sur les Dépendances. Elle est également un centre de soins offrant la possibilité d'un hébergement pour les patients en unité post-cure. Enfin, elle prend en charge tous les types d'addictions.

L'équipe à laquelle j'ai pu me joindre est composée d'éducateurs, d'infirmiers, de médecins, d'un psychiatre et de trois psychologues dont deux cliniciennes. Ce C.S.A.P.A reçoit dans une majorité de cas des patients qui présentent une addiction au crack. Ce produit consubstantiel à

la cocaïne est très répandu aux Antilles, et provoque une forte dépendance psychique. Le cannabis, l'alcool et le tabac font également office d'une forte demande.

Grâce à cette expérience, j'ai pu aller à la rencontre de l'institution, me joindre à l'équipe, participer aux réunions institutionnelles, assister à des entretiens cliniques avant d'en mener, et appréhender le phénomène addictif dans toute sa complexité.

II. Dispositif clinique : description et critique

La totalité des entretiens auxquels j'ai assistés ou bien que j'ai menés se sont déroulés dans une seule et même pièce : le bureau de la psychologue qui m'a accompagné tout au long de ce stage. Situé à l'étage, dans un des bâtiments du C.S.A.P.A, la pièce était agencée assez simplement : un bureau séparant le patient du clinicien. Les consultations se sont faites sur rendez vous, en entretien face à face.

Dans la première partie du stage, j'ai pu assister aux consultations que menait la psychologue, prendre des notes, observer le cadre. J'étais assis sur le côté, discret, et étais visible de la clinicienne comme du patient. Je n'intervenais pas dans leur entretien.

Plus tard, j'ai mené mes propres entretiens, fixé mes propres rendez-vous, notamment avec Mr « L », patient que j'ai rencontré dès mes premières semaines de stage.

Ce dispositif est classique et s'inscrit dans la lignée des psychothérapies d'inspiration psychanalytique, sans pour autant se référer exactement à cette discipline. Les rendez-vous avec les cliniciens (psychiatres et psychologues), d'abord obligatoires – afin que la prise en charge des patients soit discutée en réunion – prennent une autre dimension à partir du moment où le patient est intégré à l'hébergement, puisqu'il peut alors décider lui même de consulter lorsqu'il en ressent le besoin.

III. Contexte de la rencontre et analyse de la demande

Mr « L » est un patient que j'ai eu l'occasion de rencontrer dès son premier entretien. Présenté en tant que stagiaire psychologue par la clinicienne elle même, il a accepté que j'assiste à leurs entretiens en précisant aimablement « *qu'il fallait bien apprendre* ». J'ai donc, dès mes premières semaines de stage, assisté aux entretiens.

Mr « L » est un homme de 53 ans ayant pris la décision de se soigner d'une consommation quotidienne de crack, à laquelle s'ajoute des prises concomitantes d'alcool, de tabac et parfois

de cannabis. Il s'est présenté au centre de soins quelques semaines avant mon arrivée et a fait une demande d'hébergement. Après une première prise en charge en ambulatoire et l'expertise de sa demande par l'équipe de soignants, Mr « L » est intégré au groupe de résidents au moment de mon stage.

Lors de la première rencontre avec la psychologue, il dit être très motivé par les soins et attendre du centre « *tout ce qui est bon pour l'aider à [s'] en sortir* ». Sa demande est motivée par la détérioration des liens qu'il entretient avec ses enfants et sa femme, d'avec qui il est séparé ; et par ses problèmes de santé qui touchent principalement son cœur et sa vue. C'est effectivement un homme affaibli d'un point de vue psychomoteur, et presque aveugle d'un œil que je rencontre.

Après avoir étudié le dossier médical et anamnestique du patient, j'ai donc assisté à ce premier entretien et ai, jusqu'à la fin de sa prise en charge, tenu à être présent, voire même de mener les entretiens puisque cet objectif m'avait été proposé par l'équipe qui m'a encadré.

C'est dans ce contexte que j'ai pu repérer l'histoire de ce patient. Le premier entretien étant principalement centré sur la consommation et la motivation, j'ai donc d'abord pu obtenir nombreux détails sur la singularité de sa dépendance, les substances consommées et le contexte de cette consommation. Et puis, les entretiens qui ont suivis m'ont apportés des éléments anamnestiques riches et précis.

IV. Eléments anamnestiques

Mr « L » est né en 1960 ; Il est le quatrième d'une fratrie de sept enfants, dont cinq garçons et deux filles. Son père était employé dans une usine automobile, il est âgé de 79 ans au moment où je rencontre Mr « L » ; sa mère était employée de ménage et a 79 ans également.

C'est à Fort de France qu'il grandit, avec tous ses frères et sœurs dans le foyer familial. Il dit avoir reçu une éducation « *stricte* » mais aimante et juste de la part de sa mère. Il précise avoir été bien éduqué et être « *soudé* » avec ses frères. Son père semblait plus sévère dans l'éducation : « *il fallait que ça file droit* ».

Lorsqu'il a environ 13 ans, le père de Mr « L » quitte le foyer familial et c'est sa mère qui s'occupera de la fratrie à partir de cet évènement.

A 19 ans, il débute son service militaire, qui a lieu en Guyane, puis à St Martin (île au Nord de la Guadeloupe). Au total, c'est trois ans de service qu'il effectue en dehors de la

Martinique. C'est au cours de ces trois années qu'il fume pour la première fois du cannabis ; sa consommation devient alors occasionnelle et rare. Dès la fin de son service militaire, il décide de s'installer à St Martin. Il justifie ce choix par l'opportunité de carrière qu'il a eue et par ses liens noués sur place. D'abord « *étonnée et déçue* » par cette décision, sa famille accepte facilement le départ et Mr « L » quitte alors définitivement le foyer familial. Durant les premiers temps, il entretient des rapports téléphoniques réguliers avec sa mère et ses frères et prévoit de rentrer une fois par an au minimum. Selon lui, à cette époque, « *tout se passe à merveille.* »

Au cours de ces premières années, lors d'une fête de mariage, Mr « L », alcoolisé, « *teste* » sans se poser de question du crack qu'un ami lui propose. Il dit s'être senti ce soir là immédiatement « *à une certaine hauteur* » et avoir été conquis par le produit. Il devient fumeur occasionnel. Quelques mois plus tard, un dealer lui rend visite et lui fait la démonstration de la préparation du crack. Sa consommation augmente et devient alors quotidienne. Ses prises de crack sont alternées par des cigarettes, qu'il ne fume que de façon concomitante au crack.

Il est licencié du poste qu'il occupait dans l'ingénierie mais trouve rapidement un nouvel emploi, celui de barman, dont il dit garder un bon souvenir : « *je voyais beaucoup de monde, c'était agréable* ». Il rencontre celle qui deviendra sa femme. C'est aussi durant cette période qu'il fait l'expérience de l'alcool, alors qu'il ne buvait jamais auparavant. Cette consommation devient alors exclusivement liée à celle du crack : « *quand je fume il faut que je boive quelque chose pour me dégourdir* ». Il ne boit jamais la journée, mais le soir et la nuit, il peut consommer un quart de litre – « *les petites bouteilles des touristes* » – de rhum.

En 1987, lui et sa compagne se marient et naît leur premier fils, puis leur fille deux ans plus tard. Mr « L » trouve un emploi en lien avec son expérience dans une centrale à béton. En 1995, ils ont un troisième enfant, un garçon, puis une fille trois ans plus tard.

Sa famille est au courant de sa consommation. Il ne consomme cependant jamais la journée, ni devant ses enfants, ni devant sa femme. Uniquement à partir du soir, « *lorsque tout le monde est couché* », et tient à « *garder une certaine distance* » par rapport au produit, c'est à dire ne pas consommer au travail, manger trois fois par jour, « *ne pas de laisser aller* ».

En 2003, il se sépare de sa femme, mais entretient tout de même des rapports réguliers avec elle, notamment vis à vis de leurs enfants, et ce pendant presque dix ans. Aujourd’hui, les quatre vivent avec leur mère.

Courant 2012, il est reclassé à un simple poste de surveillant à cause de problèmes de vue ; Ses problèmes d’addictions prennent alors un tournant délétère : il s’endort au travail, se drogue, et reçoit ses premiers avertissement de la part de son patron qui lui conseille de se faire soigner. C’est en décembre 2012 qu’il est licencié. Il reconnaît lui même « *avoir mis ses collègues en danger* » et avoir été prévenu. Surviennent également des problèmes cardiaques.

Sa relation avec sa femme se détériore et il perd contact avec elle. Actuellement, il voit encore ses enfants mais les contacts sont rares.

De janvier à août 2013, Mr « L » consomme régulièrement du crack, toujours accompagné de tabac et l’alcool. Sa dépendance devient alors « *incontrôlable* » et il décide, avec l’encouragement de sa famille, de se renseigner sur les centres de soins en addictologie. A cet appui familial s’ajoutent ses préoccupations liées à ses yeux et à son cœur. Il se rend alors en Martinique, et met fin à sa consommation avant de débuter les soins trois semaines plus tard en ambulatoire, en attendant son entrée en hébergement. Ce retour en Martinique est également pour lui l’occasion de consulter des médecins par rapport à sa santé.

Au cours de sa vie, Mr « L » avait déjà tenté à trois reprises de mettre fin à cette consommation, toutes en vain, avortées avant le premier mois.

V. Eléments du transfert et contre transfert

La perspective de se stage en C.S.A.P.A, juxtaposée à un second stage en Unité Anxiété Dépression que j’ai pu effectuer plus tard, lors de la deuxième partie du séjour, m’offrait dès le départ une opportunité unique dans la clinique : mêler les deux versants du stage dans mon mémoire de Master à travers une étude de cas représentative des deux stages, c’est à dire travailler sur les liens entre la suicidalité et les addictions. Ce projet d’intervention, auparavant discuté avec les tuteurs, s’est en réalité avéré difficile à mettre en place pour des raisons d’organisations (les patients concernés n’étant pas hospitalisés sur mon lieu de stage actuel). Mais surtout, les patients qui m’intéressaient dans cette perspective là ont tous abandonné leurs soins entrepris en ambulatoire et je n’ai donc jamais pu les revoir.

Cependant, Mr « L », que j'ai rencontré dès le début de ses soins, bien que présentant une problématique éloignée du sujet sur lequel j'envisageais de travailler, a immédiatement attiré mon attention et a fait l'objet d'une grande richesse de données. C'est en fait le premier patient que j'ai pu rencontrer, il a donc marqué le début de ce stage et a ainsi contribué à ma première expérience purement clinique. Le fait qu'il accepte facilement ma présence a sans aucun doute contribué à un contre-transfert positif de ma part.

D'un point de vue transférentiel, j'ai tout de suite été investi par lui comme soignant. Il s'est souvent tourné vers moi lors de l'entretien avec la psychologue et surtout, quelques jours plus tard, lors de sa venue en ambulatoire pour le second entretien, il s'est présenté à la secrétaire médicale et lui a dit, alors que je me trouvais dans la pièce, « *j'ai rendez vous ce matin avec Monsieur* » en me désignant.

Mr « L » n'a pas poursuivi l'hébergement jusqu'à la fin, il a quitté le centre après trois semaines en unité post cure et près de deux mois de soins au total, pour des raisons principalement liées à ses problèmes de santé, et aussi suite à une altercation avec un éducateur. Mais il a accepté de se rendre au centre pour des entretiens en ambulatoire qui en l'occurrence, se tenaient avec moi. Lors de ces entretiens, il s'est peu retourné vers la psychologue, est venu à tous les rendez-vous en avance et a sollicité une demande claire lors du sixième et avant dernier entretien.

C'est au milieu de mon séjour, réalisant la richesse des données cliniques apportées par Mr « L » et mon intérêt pour sa problématique psychique, que j'ai décidé de lui consacrer ce mémoire.

Le choix du pseudonyme s'est fait sans réfléchir, il s'agit en réalité de celui que les équipes et moi même lui prêtons lorsque nous évoquions son cas tout en voulant préserver son anonymat.

VI. Eléments de recherche

Dans les deux parties suivantes, je vais tenter de mettre en évidence le fait que l'addiction, chez Mr « L », se révèle être une solution somatique pour lutter contre une carence affective.

Pour éclairer cette problématique, il nous sera nécessaire d'affirmer que d'une part, le corps est investi à la place de la psyché, c'est à dire qu'il vient jouer un rôle qui devrait être tenu par la psyché ; d'autre part, que l'affect douloureux est maintenu à distance de cette psyché par un

mode de défense spécifique ; enfin, que les choix d'objets addictifs sont investis comme le prolongement d'un environnement maternant et sécurisant.

Je présenterai dans la seconde partie l'étude du discours de mon patient et relèverai les éléments saillants, qui nous permettront d'articuler cette clinique avec la théorie déjà existante, et cela dans la troisième partie.

Synthèse de la première partie :

Nous avons présenté le lieu de stage et expliqué dans quel contexte j'ai pu pratiquer cette expérience professionnelle. Nous avons également évoqué la rencontre avec Mr « L », patient qui fait l'objet de l'étude de ce mémoire, et les éléments contre transférentiels qui lui sont assignés. Nous avons ainsi pu présenter l'histoire de ce patient et en dégager une problématique de recherche. Nous allons désormais nous intéresser à l'étude de son discours.

SECONDE PARTIE : Clinique de Mr « L »

I. Un corps pour la psyché :

a) Une consommation ritualisée :

La première chose que j'ai pu remarquer concerne la relation particulière avec l'addiction. Mr « L » a un mode de consommation ancré sur le rituel. C'est le soir, la nuit, « *lorsque les enfants sont couchés* » qu'il consomme. La drogue est utilisée comme un calmant, un objet ritualisé qu'il envisage et attend chaque jour. Les journées sont alors envisagées dans l'attente du moment où il pourra consommer, mais, sans qu'un manque quelconque ni même une certaine excitation n'apparaissent dans le discours. Il s'agit d'une consommation qui se veut intégrée aux activités de la journée, faisant partie intégrante de sa vie quotidienne, une sorte d'habitus individualisé, et qui prend par cette nature un aspect de rituel. Notons que le mode d'incorporation du crack, qui passe par plusieurs étapes successives – préparation, mélange, chauffage, inhalation – ajoute une dimension protocolaire et cérémonielle. Nous pouvons

nous interroger en ce sens sur le rôle attribué à l'objet addictif. Dans ce cas, il est facilement reconnaissable comme quelque chose de rassurant, qu'il lui permet de trouver le sommeil.

Autre chose prend sens dans cette idée de consommation ritualisée. Nous avons vu dans l'anamnèse que de nouvelles substances, tabac et alcool en l'occurrence, sont venues s'ajouter à celle du crack, l'une après l'autre. Mais ici on ne pourra pas parler de polyconsommation, car Mr « L » n'est aucunement dépendant à ces deux produits. Il dit d'ailleurs fumer un demi paquet environ dans la nuit, mais ne jamais toucher à une seule cigarette dans la journée. Cette remarque est valable pour l'alcool, qu'il dit ne pas aimer plus que cela. Pourtant, ces substances sont également consommées la nuit, de façon concomitante au crack. Chaque nouvel élément que j'ai décidé d'appeler « objet substance » est venu s'accorder au précédent. Comme un objet fétiche, l'alcool, nouvel objet substance s'est ajouté et lorsqu'il ne suffisait plus, un second, le tabac, est venu prendre une place dans le rituel. Les « objets substances » prennent une place d'objet fétiche, dans le sens où ils ont un caractère magique, calmant et faisant partie de ce rituel.

A cela s'ajoute le fait assez singulier qu'il se refuse à s'abandonner entièrement à la drogue, cherche à se maintenir à des habitudes socialement acceptées. Nous l'avons vu, il veut « *garder une certaine distance* ». Lors du premier entretien, il précise ne jamais fumer plus d'un morceau de crack de quinze euros par jour (ce qui est en fait peu) ; il explique également la manière dont il procède pour économiser ce morceau de façon à ce qu'il dure un long moment, à surveiller le moment où il n'y en aura plus : en fumant par petites inhalations et en faisant ce qu'il nomme « *des pauses* » dans la nuit. S'il tient absolument à ne pas dépasser cette dose – considérée comme une limite à ne pas franchir – c'est parce qu'il sait qu'en cas de manque il devra partir en rechercher en pleine nuit.

Mr « L » tient donc, nous avons vu, à garder ce côté ritualisé et bien organisé pour « *ne pas sombrer* ». Ainsi, il tient à respecter les trois repas par jour, et à se rendre au travail abstinente. Tous ces éléments font écran face à sa dépendance et lui permettent de ne pas prendre réellement conscience de son addiction. C'est une façon de dire : j'ai un travail, je me nourris, j'ai une famille, et je ne prends de la drogue que le soir, donc je ne suis pas dépendant.

b) Du déni dans la dépendance :

Cette façon de se maintenir en dehors de « l'image » du toxicomane, tout en gardant des éléments de vie très acceptables et valorisants, et donc socialement acceptés permet à Mr

« L » de rationnaliser son addiction, de s'y maintenir à distance. Cette forme de rationalisation, très présente chez les sujets accrocs à des substances, se manifeste généralement sous la forme d'une dénégation – « j'arrête quand je veux » ou « je ne suis pas accroc ». Chez Mr « L », c'est sous la forme d'un déni (donc refus de voir la réalité) que cela se manifeste. Dire qu'il déni sa dépendance serait une erreur, et ce n'est pas cela que je veux dire par là. A aucun moment, Mr « L » ne prétend ne pas être dépendant, et il va s'en dire que si tel était le cas, il ne se serait pas présenté dans un centre pour toxicomanes. Il s'agit plutôt d'un déni à l'intérieur de la dépendance, sur certains de ses aspects. Nous devons alors préciser que ce sont les conséquences des effets qui sont déniées dans son discours. C'est à la toute fin d'un entretien que j'ai mené avec Mr « L » qu'il précise : « *Si j'avais su que ça me rendrait comme ça, je n'aurais jamais fumé !* ». Comment ne pas voir ici un déni profond des conséquences d'une telle consommation, surtout quand il s'agit d'un produit aussi nocif que le crack, et sur une si longue période. A ce sujet, il dit ne jamais avoir été inquiété par un quelconque problème de santé. Ce n'est seulement au cours des années 2000 qu'il a commencé à ressentir des difficultés physiques.

Si, dans le discours que Mr « L » entretient avec sa propre dépendance, nous percevons du déni, c'est parce le clivage dont son moi fait l'objet lui permet de ne pas tenir compte de la réalité. Le clivage est une séparation, un fractionnement. Le clivage du moi consiste en « la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques [...] : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause¹ ». Il s'agit donc de décrire la façon dont l'homme peut se « diviser d'avec lui même² ». Cette partie qui dénie la réalité, c'est celle dont Mr « L » fait preuve lorsque qu'il assure ne jamais avoir été conscient que la consommation quotidienne de drogue dure et d'alcool pouvait avoir des conséquences sur le corps. Ces éléments ne sont pour lui envisagés seulement une fois que les effets ont bien eu lieu : « *Si j'avais su...* ». Ce mode de défense a également pour conséquence de maintenir le rituel que nous avons discuté sans s'en inquiéter.

c) Le corps dans le discours :

Mais ce clivage intervient également d'une façon similaire, à nouveau étroitement liée à son vécu corporel. Le discours de Mr « L » sur sa consommation est tout à fait intéressant parce que sans cesse, il fait intervenir le corps. Il est autant l'expression d'un plaisir que d'un déni ;

¹ Laplanche J. et Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : PUF, 2007., p. 67

² Ibid., p. 68

S'il ne cesse de réfuter les conséquences néfastes, il relate volontiers ce qu'il peut ressentir. Lorsque je lui ai demandé ce qui pour lui relevait des effets dits « positifs » cette fois ci, les termes employés par Mr « L » pour désigner ces effets de la drogue, sensations qu'il ressentait lorsqu'il était sous l'emprise de crack, ne sont donc que corporelles : « *ça fait monter la tension* », « *ça engourdit* ». En revanche, les sensations liées aux effets néfastes sont absentes, inexistantes de son ressenti et donc de son discours.

Cette omniprésence du corps, et plus précisément du discours corporalisé, intervient assez logiquement lorsqu'il s'agit de donner une raison à la consommation. Il n'est effectivement pas étonnant d'entendre de ce patient que son addiction est entièrement due à la substance elle-même, c'est à dire à son caractère physiologiquement addictif. Toute notion d'addiction psychologique est immédiatement exclue. Mr « L », dans un premier temps, lors des premiers entretiens, ne relie sa consommation qu'à une dépendance physique au produit – mais nous verrons plus tard qu'à ce sujet, on perçoit de l'ambivalence. Ici, tout est pensé et construit comme s'il était devenu accroc simplement après avoir « *goûté* » le produit et en avoir été satisfait. Il dit : « *Un jour j'ai essayé. Et voilà* ». Pourtant, il paraît utile de préciser que si la cocaïne provoque une dépendance physique, pour le crack, bien que consubstantiel, il n'en est rien. La dépendance au crack est essentiellement psychique. Ajoutons également que tout sujet qui « *goûte* » le crack pour reprendre son expression, ne devient pas dépendant au produit (Bergeret, 1982 et Olievenstein et al., 1982).

Le corps de Mr « L » est donc non seulement un moyen d'exprimer un vécu, une sensation ressentie, mais aussi d'exprimer la psyché, de rationnaliser, de raisonner. C'est donc avant tout en corps et un esprit qui sont clivés. Et même si le corps ne présente pas ici de symptômes purement somatiques, nous pouvons constater que le corps exprime des choses pour la psyché, c'est à dire à la place de la psyché, qu'il vient tenir son rôle. C'est un corps qui parle, qui exprime, qui ressent.

II. Les émotions disparues

a) Des paroles sans émotion :

Les mots employés par Mr « L » font donc beaucoup intervenir le corps. Mais qu'en est-il du ressenti psychologique, des émotions ?

Si le discours s'avère assez riche en description factuelle, il est relativement avare en terme émotionnel et affectif. On relève une quasi absence de terme décrivant des états affectifs, des

sentiments ou des émotions. Tout est prononcé de façon neutre et descriptive. En fait, on a l'impression que Mr « L » ne s'autorise pas un écart émotionnel, par pudeur ou retenu dans un premier temps. Mais on se rend compte qu'il s'agit d'une réelle difficulté à le faire. Il ne le fait pas parce qu'il ne le peut pas, et une sorte de discours (défense ?) automatique a été mis en place pour le protéger de ses émotions. Par la même occasion, il se contente de décrire les faits. Par exemple, lors du cinquième entretien, je l'interroge au début sur son état de santé et je lui demande comment il se sent depuis qu'il a quitté le centre. Il me dit que tout va bien, qu'il n'a jamais eu d'envie de consommer. A la fin de la séance, après avoir fixé un nouveau rendez vous, Mr « L » m'annonce que le jour où il est rentré chez lui, son père est décédé.

Mr « L » a donc attendu le dernier moment pour annoncer le décès de son père. D'ailleurs, il précise : « *tout à l'heure, vous m'avez demandé comment je me sentais, hé bien je ne vous ai pas dit que...* » comme pour insister qu'il a omis une information qui m'aurait intéressée dès le début de l'entretien et sur laquelle nous aurions pu nous appuyer. La première chose que l'on peut identifier est justement cette dérobade face à la discussion. Pendant presque une heure, Mr « L » sait mais attend le dernier moment pour ne pas avoir à en parler réellement. Intéressons nous maintenant au contenu de cette description qui poursuit l'annonce. Après avoir dit que son père était décédé, il décrit immédiatement la manière dont s'est déroulé l'enterrement, c'est-à-dire les faits une fois de plus. Les émotions sont à nouveau inaccessibles, hors discours, et aucun détail de son état ne sera abordé affectivement. Lorsque je demande à Mr « L » de me dire comment il a vécu cet événement il me répond que « *mon père, c'est pas comme ma mère* ». Nous reviendrons dans le troisième axe sur cette distinction. Toujours est-il que cette richesse de description ne laisse pas de place à un vécu affectif qui pourtant, prendrait tout son sens à ce moment là.

Mais une seconde chose peut être dite par rapport au moment choisi, pour le moins surprenant, de l'annonce de cet événement tragique. Si Mr « L » attend le dernier moment, l'instant où nous allons mettre fin à l'entretien, c'est peut être dans un désir de ne pas terminer cet entretien, de le prolonger. La problématique du lien affectif rompu est très présente dans son histoire, et nous pourrions affirmer qu'il manifeste ici cette angoisse de séparation, cette intolérance à la solitude que nous allons aborder maintenant.

b) Le sentiment de solitude ou l'affect lointain :

Nous allons voir que le « sentiment » de solitude est un aspect redondant du discours de Mr « L », mais il ne s'est rarement manifesté de façon aussi limpide que tel qu'il est présenté ici.

J'ai justement tenu à rendre compte de ce décalage en utilisant ces termes d'affect lointain, autrement dit inaccessible, et ai voulu éclairer ce que nous venons d'aborder lors du précédent paragraphe : l'absence d'émotion. Car absence d'émotion ne signifie pas forcément absence d'affect, et il serait préjudiciable d'un point de vue clinique d'attribuer systématiquement à la première la conséquence de la seconde. Mr « L » manifeste des affects, mais il n'y a pas accès. Le fait qu'il essaie de communiquer une souffrance est d'ailleurs la marque d'un état affectif qu'il tente de témoigner, seulement, sa façon de le faire n'est pas « adéquate », car un système défensif est mis en place, et le corps fait écran à cet volonté d'en témoigner avec les termes appropriés.

Après avoir évoqué avec Mr « L » les moments où il avait l'habitude de consommer, d'abord du point de vue spatio-temporel, j'ai décidé de le laisser s'exprimer, lors du sixième entretien, sur les états dont il se souvenait et dans lesquels il se sentait juste avant de consommer. C'est alors qu'il m'a répondu : « *Je consommais parce que j'étais seul* ». J'ai dans un premier temps demandé à Mr « L » de me préciser cette phrase qu'il n'a fait que répéter. Nous avons vu dans la première partie le rituel de la consommation, qui s'est prolongé au delà de son mariage et de la naissance de ses enfants : Mr « L » consommait y compris entouré de sa famille. Je pense alors qu'il dit cela pour décrire qu'il était seul physiquement au moment où il consommait, mais il précise face à mon questionnement : « *Non, j'étais seul tout le temps* ».

La solitude prend donc un aspect clinique primordial puisqu'il ne s'agit plus seulement d'une description d'une habitude, d'un fonctionnement ritualisé dans la consommation mais bien d'un état général et immuable. Il ne s'agit donc pas d'être seul, mais bien de se sentir seul.

Ainsi se manifeste la notion de solitude, très présente dans le discours de Mr « L ». Le sentiment de solitude nécessite d'abord le fait de « ressentir », de « se sentir » dans tel ou tel état ; Or cela n'est possible qu'à condition de faire intervenir les affects, les sentiments. Une fois de plus, le clivage du corps et de l'esprit intervient de façon assez singulière et défensive. Mr « L » nous dit qu'il était seul pour dire qu'il se sentait seul ; ou plutôt pour ne pas le dire. C'est sa façon de l'exprimer, parce que son corps s'exprime pour lui et parce qu'il est dans l'impossibilité de le dire avec ces mots là.

Nous remarquons que les affects sont présents mais trop douloureux pour être abordés. Faire intervenir ses affects est synonyme d'entretenir un lien avec ses émotions. Or ce lien est ici rompu. Les sentiments sont effacés au profit du corps qui triomphe, car l'affect est trop loin, inaccessible à la parole.

III. Un cocon maternel

a) Le lien à la mère

Parler de cocon maternel n'est pas anodin. C'est bien sûr une façon de rendre compte de ce qui est évoqué par Mr « L » tout au long de son discours pour décrire le foyer familial. Le cocon renvoie à un environnement rassurant, chaleureux et protecteur. Il est un nid dans lequel on ne risque rien. Mais s'il est décrit par lui comme un cadre renvoyant aussi bien aux liens, à l'éducation, à la fratrie, il fait sans cesse intervenir la figure centrale de la mère. C'est elle qui maintient l'environnement en équilibre, au sens de l'homéostasie. Les mots utilisés pour décrire la mère sont toujours chaleureux et remplis d'admiration. L'éducation fut « *aimante* », « *juste* », etc.

Lors du cinquième entretien, Mr « L » m'explique qu'à l'âge de ses 13 ans, ses parents se sont séparés : « *Mon père m'a laissé tout petit* ». C'est donc sa mère qui s'est occupée des enfants ou plutôt qui « *s'est occupée de tout* ». Il n'hésite pas à parler de « *mérite* » pour cela. Le père est automatiquement déchu de sa fonction paternelle. D'ailleurs, lorsque nous évoquons les contacts avec son père, il dit qu'ils étaient « *rares* ».

Après son service militaire, Mr « L » s'est installé sur l'île de St. Martin mais le lien affectif n'a jamais été rompu. Il précisera qu' « *avec maman, on a toujours eu des contacts. On s'appelait souvent* ».

Un élément de son discours est venu, à l'annonce du décès de son père illustrer cette différence du ressenti à l'égard des deux parents. Comme nous l'avons vu précédemment, Mr « L » n'a pas fait preuve d'émotion lorsqu'il a annoncé que son père était décédé. Et il a rajouté, en réponse à mon interrogation sur son état psychique que « *mon père, c'est pas comme ma mère* ».

Cette phrase mérite d'être discutée dans bien des aspects. Mais si nous lui accordons une attention particulière, c'est d'abord parce qu'elle apporte une information violente, inédite dans le discours. La prononciation apporte aussi un élément renforçant l'idée qu'il n'a pas du tout souffert, car elle est dite rapidement, nonchalamment. En fait, elle vient presque faire écho à la phrase précédemment citée expliquant que son père l'avait laissé tout petit, qui, celle-ci avait été précisée pour éclairer un questionnement. La phrase qui décrit l'absence de souffrance – « *mon père, c'est pas ma mère* » – est la conséquence émotionnelle de la

première, elle lui vient en réponse et marque ainsi le fait que s'il n'a pas souffert, c'est logique.

Ensuite, cette phrase manifeste de la négation. Mr « L » ne dit pas que son père « était » mais « n'est pas ». En l'occurrence, c'est d'une comparaison à sa mère dont il s'agit. Cela sous-entend que personne n'est comme sa mère. La figure maternelle est sacrée, déifiée. Cela traduit également le fait, puisque je l'interroge sur son ressenti, ses émotions au moment du décès, que si cela avait été sa mère, il en aurait été autrement, qu'il aurait beaucoup souffert.

La mère occupe donc une place à part dans la pensée de Mr « L ». Elle détient le statut de « mère courage », qui s'est occupée de tout de la meilleure façon qu'il soit. Le lien qu'il entretient avec elle est fusionnel ; mais sa mère n'est pas l'unique élément du cocon familial. Elle en est la représentation, celle qui lui permet d'exister, mais ses frères et sœurs occupent également une place privilégiée.

b) La fratrie comme génératrice de soutien et d'affection

Il est désormais intéressant de se pencher sur le rôle que vient tenir la fratrie dans les relations. Si la mère est l'incarnation du cocon, Mr « L » a souvent évoqué la présence de ses frères notamment, dans son apprentissage, son éducation, et même dans les liens qu'il a tenus à préserver après son départ. Il évoque, au cours de sa jeunesse, et lorsqu'il avait environ dix ans, des relations affectives très importantes avec ses frères. Il dit notamment : « *avec mes frères, on était soudés* ». Il utilise un terme fort, ici presque inapproprié pour parler d'une relation fraternelle. Mais le mot illustre bien ce qu'il décrit, c'est-à-dire quelque chose que l'on ne peut pas désolidariser, de noué.

Un élément très intéressant est venu faire écho à cette description lors du dernier entretien. Alors que les notions de « se sentir » seul et d'être seul » lui avait données à penser entre les deux séances, il commence à émettre certains liens entre son départ à St. Martin et sa consommation. Puis il affirme que « *si [il] était resté en Martinique toute sa vie, [il] ne [se] serait jamais drogué* ». Dans un premier temps, il explique cette phrase par une raison tout à fait anodine : une *moins* grande accessibilité au produit, ce qui est, bien entendu, une nouvelle façon de rationnaliser comme lorsqu'il le fait en affirmant que sa dépendance est physique (en vérité La Martinique possède une *plus* grande accessibilité au crack). Mais très vite, il rajoute : « *si j'étais resté ici, j'aurais eu tous mes frères et ma mère pour me dire d'arrêter* ». Notons d'abord que cette seconde phrase annule la première affirmant le fait qu'il ne se serait

jamais drogué, puisqu'ici il parle déjà « d'arrêt ». Mais le plus important réside bien dans cette fonction soutenante de son entourage. Plus tard, il précise que ses frères « *ont été trop gentils avec [lui]* », qu'ils lui ont toujours demandé d'arrêter, mais pour que cela arrive vraiment, il aurait fallu le forcer. Doit-on voir en cela une forme de déculpabilisation dans l'attribution d'un rôle aux frères qui n'a pas été correctement tenu ? Nous ne pouvons pas valider ce questionnement compte tenu du peu d'élément que nous détenons. Mais nous voyons ici que Mr « L » renforce l'importance du lien avec ses frères, et dit être persuadé que son départ et donc l'éloignement qui s'en a suivi sont la raison de sa consommation.

Nous avons pu évoquer le clivage dont Mr « L » faisait l'objet dans le premier axe. Nous avons vu que sa consommation était uniquement reliée au produit – par la dépendance physique uniquement – mais le discours a désormais changé et les raisons de la consommation semblent ambivalentes pour lui. Mais ce que cette ambivalence prouve, c'est que le fonctionnement défensif de Mr « L » est parfaitement logique. Il a séparé ou plutôt clivé les deux lieux géographiques comme il avait clivé son corps de son esprit.

Une fois de plus, cette phrase qui traduit un sentiment douloureux, celui de la séparation, du regret, est prononcée sans émotion.

c) L'omniprésence du lien affectif rompu : une séparation impossible

La séparation est l'élément qu'il nous faut maintenant élucider, tant elle apparaît en filigrane dans le discours de Mr « L ». Nous avons pu évoquer le sentiment de solitude, l'idée d'être seul, donc séparé d'autrui. Nous avons également vu du regret dans cet éloignement géographique, presque une raison à sa consommation.

Le lien est sans cesse rompu, ou vécu comme tel, et ainsi une justification de la souffrance. Au dernier entretien, Mr « L » dira même que sa consommation est devenue ingérable au départ définitif de sa femme, « *c'est la tristesse que j'essayais de diminuer* ». Ce premier « vrai » contact avec ses émotions vient signifier de façon illustrative tout ce que nous avons pu évoquer précédemment. Pour Mr « L », un lien rompu est synonyme de souffrance. C'est une carence affective qui apparaît. On peut observer un schéma de rupture qui se répète, prenant fin à la séparation d'avec sa femme, définitivement douloureuse et qui marquera le début d'une lente augmentation des quantités de drogues auto administrées, quantités qui, nous l'avons vu, étaient pourtant bien gérées et ritualisées avant cet évènement. Cette séparation est donc à relier avec celle, physique (parce que géographique) et affective d'avec

ses frères et sa mère lors de son départ à St Martin. Enfin, si l'on remonte encore plus dans l'histoire de ce patient, elle est, bien sur, un nouvel écho à une première séparation, lorsque son père est parti au moment de son adolescence.

Cette séparation a bien eu lieu. Elle a toujours eu lieu mais n'a été que physique. En fait, elle était impossible à gérer, tellement impossible qu'elle est devenue « hors discours », impossible aussi à être évoquée émotionnellement. C'est la séparation physique, qui a pris le dessus et a permis à Mr « L » de s'exprimer avec le corps. La séparation psychique est trop douloureuse pour être abordée, et fait donc l'objet d'un déni. Cette séparation du corps et de l'esprit est présente tout au long de ce discours clivé. Le clivage a une fonction défensive qui maintient Mr « L » éloigné de ses affects. Il lui permet de ne pas être envahi par une douleur qui n'est pas supportable, de ne pas revivre quelque chose qu'il aurait déjà vécu dans la souffrance.

Dans la première partie, nous avons pu voir que les raisons de la demande de soins de Mr « L » étaient claires. Dès le départ, il veut se soigner pour renouer des liens avec sa femme et ses enfants. D'ailleurs, le projet de repartir à St Martin est bien défini. Il souhaite repartir au plus vite et retrouver ses enfants : « *j'ai des enfants adolescents, ils ont besoin de moi* ». Il tient à « *réparer* » et « *renouer* » ces liens pour ne plus reproduire le schéma, qu'il sait douloureux, et qu'il lui est impossible à admettre. Ces verbes peu représentatifs d'une relation affective de père à enfant, « *réparer* » et « *renouer* » font d'ailleurs écho à un autre, vu précédemment, déjà employé d'une façon inappropriée : « *souder* ».

Synthèse de la seconde partie :

Dans cette partie relative à l'étude clinique, nous avons pu mettre en évidence les éléments saillants de la pensée de Mr « L » ainsi que les mécanismes de défense à l'œuvre dans son discours. Ainsi, nous avons pu dégager de celui-ci une pensée dénuée d'émotion, avec un corps qui s'exprime à la place de la psyché, une carence affective traduite par le sentiment d'être seul en permanence, et une omniprésence d'un lien au cocon maternel sécurisant et très investi affectivement. Nous allons désormais articuler cette clinique avec la théorie.

TROISIEME PARTIE : Articulation théorico-clinique

I. Le corps de Mr « L » : scène de la parole

1) Le corps avant les maux

Le corps de Mr « L » est un élément qu'il nous faut essayer de comprendre, tant il occupe une place de préférence dans son discours. Nous avons vu que ce corps lui sert à rationaliser sa dépendance – au travers d'une justification de cette dépendance qui serait exclusivement physique – et d'exprimer ce qui ne peut l'être psychologiquement. Le corps intervient avant les mots, et prend ainsi toute la place. Mais au delà de cette présence d'un vécu corporalisé, cette place occupée fait ainsi écran à des affects qui se retrouvent dans l'impossibilité d'être exprimés. De quelle façon cela se manifeste-t-il chez Mr « L » ? En fait, il s'agit d'un discours dénué d'émotion, centré sur une énumération d'actes auxquels les émotions ne sont pas associées telles qu'elles devraient logiquement l'être. L'annonce du décès de son père est en ce sens l'exemple le plus représentatif. Les faits sont annoncés très simplement, de façon linéaire dans le récit, comme une anecdote qui ne représente rien de plus qu'une information anodine ; le tout, sans qu'une émotion ne soit palpable au travers des mots. Cette façon que Mr « L » a de s'exprimer nous renvoie aux travaux sur l'alexithymie que de nombreux auteurs ont théorisés. D'abord introduite sous le terme de pensée opératoire (Marty et de M'Uzan, 1963) la notion d'alexithymie s'est peu à peu affinée avec les théoriciens et fait aujourd'hui référence à « des sujets qui, à propos d'une situation, évoquent les actes plus que les émotions ou les sentiments qui les accompagnent ; sujets réalisant des actes sans qu'apparaisse une manifestation émotionnelle alors que la situation semblerait le justifier »³. Il s'agit donc d'une difficulté, voire d'une incapacité à exprimer ses propres émotions avec des mots, et, comme le précise Pedinielli d'un discours relevant de « la production de sensations corporelles au détriment de l'expression des affects »⁴. Cette perspective qui prend en compte les affects et évoque volontiers l'idée d'une défense à travers ce fonctionnement est exactement ce qui nous intéresse ici.

Mais nous savons que le discours de Mr « L » présente des affects, mais qui ne sont pas exprimables ; Il s'agit donc d'utiliser son corps pour pouvoir les exprimer. Dans quelle mesure ne sont-ils pas exprimables ? Nous nous permettons d'avancer l'idée que les affects,

³ Pedinielli J.L. (1992), *Psychosomatique et alexithymie*, Paris : PUF., p.18

⁴ ibid., p. 87

chez Mr « L », trop douloureux, sont maintenus à distance de la psyché. Ils sont inexprimables parce qu'inatteignables.

2) Des affects à distance

Mc Dougall a tenté d'expliquer cette absence d'affect dans le discours à travers les termes de « parole désaffectée » et de discours « dans lequel les mots n'ont plus leur fonction de liaison pulsionnelle »⁵. Mais selon cette auteure, si ces affects douloureux sont absents de la parole, c'est parce qu'ils sont hors de la psyché, c'est-à-dire « forclos ». Ainsi, « la faillite de la représentation des idées susceptibles de susciter des affects intolérables pour le sujet, c'est la forclusion »⁶. Pedinielli précise qu' « on retrouve alors une parenté entre les symptômes psychosomatiques et les addictions, avec la même logique de forclusion de l'affect »⁷. Si cette façon d'exprimer par le corps est tout à fait éclairante quant à Mr « L », notre étude nous pousse à relativiser la notion de forclusion, donc d'éjection des affects hors de la psyché. Il se trouve que nous avons pu nous rendre compte, notamment grâce à l'étude de son discours, qu'une absence d'affect chez Mr « L » ne serait pas tout à fait représentative de son fonctionnement intra-psychique. La théorie de Mc Dougall est éclairante vis à vis d'un fonctionnement, et y compris pour notre étude, mais la clinique que nous avons pratiquée nous amène à définir le fonctionnement de Mr « L » comme une « mise à distance » des affects. Par mise à distance, nous entendons le fait que des affects sont présents mais maintenus loin de la psyché par un système défensif qui atténue l'expression des émotions et favorise les conduites de l'agir. Nous considérons que Mr « L » tente d'exprimer des affects, mais qu'il ne le fait pas parce qu'il n'y a pas accès ; La mise à distance de ses affects les rend difficiles à atteindre. Si nous partons du principe qu'ils sont maintenus loin de la psyché, c'est qu'ils sont à notre avis encore dans le monde intra psychique et non exclus de lui ; en fait, ils sont surtout maintenus loin de la parole elle même. Et c'est justement pour cette raison et par ce fonctionnement qu'ils évitent l'expression des émotions. Notons que Mc Dougall relativise elle même cette théorie en lui donnant des sens multiples, notamment en affirmant que cette théorie inclue parallèlement le fait que « les individus sont psychiquement “séparés” de leurs émotions et peuvent avoir “perdu” la capacité de rester en contact avec leurs réalités psychiques »⁸.

⁵ Mc Dougall (1989) *Théâtres du corps, le psychosoma en psychanalyse*, Paris : Gallimard, 2003., p.123

⁶ Mc Dougall (1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris : Gallimard, 1974, p. 190

⁷ Pedinielli J.L. et al. (1997), *Psychopathologie des addictions*, Paris : PUF, 2004, p. 59

⁸ Mc Dougall J. (1989), *Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse*, Paris : Gallimard, 2003., p. 122

Mr « L » utilise des mots dénués d'émotion dans la majorité des cas parce que transmettre des sentiments voudrait dire reprendre contact avec ses affects, relier son corps avec sa psyché, et nous avons bien vu dans la seconde partie de quelle façon son corps était clivé de son esprit, de quelle façon encore, il utilisait son corps à la place de cette psyché. Ce corps qui incorpore les substances est un outil pour lui à bien des égards, il est la scène qui fait intervenir la parole, il lui permet de maintenir à distance ses affects et de rationaliser sa dépendance. Ce « corps - outil » utilisé en tant que défense et maintient des affects à distance lui permet de ne pas être submergé par la douleur.

II. La solution addictive: une solution somatique

1) Pour lutter contre une douleur

L'addiction a bien souvent, chez les toxicomanes, un rôle spécifique (Bergeret, 1990, Pedinielli et al., 1997). Si nombreuses sont les personnes qui essayent un ou plusieurs produits au cours de leur vie, tous ne deviennent pas dépendants. Il est donc important de préciser que ces produits auxquels un sujet devient dépendant révèlent une faille, une difficulté sous-jacente (Olievenstein, 1973). L'addiction vient aider à la surmonter. Son caractère premier est donc simple : elle permet de lutter contre une douleur. Nous l'avons d'ailleurs vu avec Mr « L » : « *je consommais parce que j'étais seul* ». Qu'elle soit physique ou mentale, les substances ont toujours été un remède à cette douleur. Freud parlait déjà des toxiques comme étant les « plus intéressantes méthodes de projection contre la souffrance »⁹ et évoquait même l'idée de la « dernière technique vitale »¹⁰. Une technique « vitale » : le mot est fort, vers et pour la vie, donc. En ce sens, on pourrait lui attribuer un rôle réparateur et étayant pour Mr « L ». Philippe Jeammet utilise la formule très représentative de « pansement pour la psyché »¹¹ et précise que « l'objet addictif devient primordial dans cette mesure où il a toujours un rôle à jouer »¹². L'image du pansement qui vient stopper l'hémorragie, tenter de réparer la blessure est en ce sens assez éclairante de ce que Mr « L » tentait d'expliquer lorsqu'il disait que « *c'est à la séparation que tout a augmenté. C'est la tristesse que j'essayais de diminuer* ». Diminuer la tristesse comme nous pasons un saignement, protégeons une fine blessure ou encore bandons une cicatrice. Il s'agit simplement de stopper

⁹ Freud S. (1929), *Malaise dans la civilisation*, tr. Fr. Paris, PUF, 1971., p.22

¹⁰ ibid.

¹¹ Jeammet P., « Les conduites addictives : un pansement pour la psyche » in Le Poulichet S. et al (2000), *Les addictions, monographies de psychopathologies*, Paris : PUF., p.102

¹² ibid.

l'hémorragie en augmentant les doses ; plus la tristesse et le choc sont grands pour Mr « L », plus la quantité de drogue auto administrée est importante. Elle fait office à la fois de pansement et d'anti douleur. La drogue apporte la quantité nécessaire de plaisir pour ne pas sombrer et pour lutter. Une autre formule de Le Pouliche montre bien cette attitude étayante, celle de « prothèse psychique »¹³ qu'elle emploie pour désigner le fonctionnement de la substance. Mais cette « prothèse », ce « pansement », que permet-il pour Mr « L » ?

En réalité, nous nous intéressons à la nature de ce fonctionnement. Nous savons que sa douleur est exclusivement psychologique. Mais elle est traitée sur un mode corporel. Les affects de Mr « L » étant trop douloureux et maintenus à distance de la psyché, ils se révèlent à travers le corps. Nous pouvons donc parler de solution somatique. Ceci nous rapproche de ce que Joyce McDougall a expliqué pour décrire ce fonctionnement somatique à travers l'addiction, qu'elle considérait « comme une tentative “psychosomatique” pour venir à bout de la douleur mentale »¹⁴. Mais selon cette auteure, « l'inconvénient de cette solution est qu'elle doit être répétée indéfiniment »¹⁵. Or, il s'agit ici du fonctionnement de la plupart des toxicomanes, qui répètent les mêmes gestes pour atteindre les mêmes effets. L'addiction est donc pour Mr « L » une solution somatique qui lui permet de faire intervenir son corps. Elle a donc une fonction qu'il est nécessaire de comprendre. Mc Dougall précise la notion d'affect en disant « qu'à l'encontre de l'idée, il est un concept limite entre corps et psyché, et ne peut jamais être envisagé comme un phénomène purement psychique »¹⁶.

Mais alors comment, chez Mr « L », se révèlent ses affects à travers le corps - autrement dit comment le corps est-il utilisé ? Tout d'abord nous dirons qu'il est utilisé comme une barrière, une défense le protégeant de ses angoisses. C'est à ce sujet finalement intéressant de voir que c'est l'absence d'émotion, visible dans son discours et dans l'utilisation de son corps, qui trahit elle-même l'existence des affects. Son corps le protège et l'éloigne d'une douleur tout en prouvant l'existence de celle-ci. C'est la raison pour laquelle nous parlons de défense plutôt que de solution adéquate. Nous pouvons également dire que les choix addictifs sont une façon de reprendre contact avec son corps, de le ressentir à nouveau, et peut être de reprendre également contact avec ses affects. D'ailleurs, nous avons pu voir que Mr « L » avait tendance à exprimer des ressentis corporelles – « *ca fait monter la tension* » – à travers les prises de drogue, qu'elles lui permettaient de ressentir. Si l'on se réfère à la suite de la

¹³ Le pouliche S. (2011), *Toxicomanies et psychanalyse : les narcosex du désir*, Paris : PUF.

¹⁴ Mc Dougall J. (1989), *Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse*, Paris : Gallimard, 2003., p.35

¹⁵ ibid.

¹⁶ Mc Dougall J. (1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris : Gallimard, 1974., p. 190

théorie de Mc Dougall, nous dirons que l'expérience addictive permet de « resomatiser l'affect » ce qui ici, est une illustration du comportement de Mr « L ». Nous pourrions également dire que ce « corps – outil » est une façon pour lui de créer une protection contre le monde extérieur qui pourrait faire revenir ses affects douloureux.

L'addiction agit ici comme un remède idéal(isé)¹⁷ pour ne pas être submergé par la douleur psychique, en possédant le corps, en le contrôlant, presque en le devenant. En fait, il s'agit ici de « faire corps »¹⁸ avec la substance pour contrôler l'affect.

Cette notion de contrôle est ici importante et il nous faut en rendre compte dans un autre aspect encore. Nous sommes à même de penser que Mr « L », dans une peur d'être dépossédé de l'objet (donc dans une angoisse d'être seul, mais nous reviendrons plus en détail sur ce sujet dans le prochain axe), préfère l'incorporer pour pouvoir le posséder. Quelle meilleure façon de contrôler ses affects qu'en les faisant intervenir dans et par le corps ? Nous sommes renvoyés à nouveau à la théorie Mc Dougall pour qui l'affect est éparpillé dans le corps, « se disperse immédiatement sous forme d'action »¹⁹. En fait, il s'agit de « se débarrasser de ses affects »²⁰ pour ne pas être envahi et cela rejoint la notion de mise à distance dont nous avons parlé ; nous pouvons avancer l'idée selon laquelle dès que l'affect n'est plus maintenu assez loin, Mr « L » est susceptible d'être envahi d'angoisse ou de douleur, donc la conduite de l'agir le protège de l'éventuel envahissement qui le guette. Rappelons tout de même que pour Freud, l'affect est une valeur à aborder quantitativement, qui agit comme un signal. Ici, ce signal joue ici le rôle d'activateur de la défense.

Mais ce qui nous ramène surtout à la notion de contrôle chez Mr « L », est l'idée de posséder l'objet pour contrôler l'affect. Effectivement, nous savons à quel point la séparation est un schéma répétitif et difficile pour Mr « L », et les objets addictifs sont une façon de contrôler quelque chose qui ne peut pas lui échapper.

Ce choix somatique de l'addiction est donc une tentative de réparation, est vient donner du sens à ce qui est inénarrable.

¹⁷ L'idée d'un remède agissant comme placebo sera approfondie dans le troisième axe de l'articulation théorico-clinique, lorsque nous évoquerons les « objets substances » rassurants et protecteurs.

¹⁸ Terme employé à Sylvie Le Poulichet, qui utilise la formule pour désigner la façon dont le toxicomane se fait chaque jour « un corps étranger » tout en se l'injectant ou se l'incorporant.

¹⁹ Mc Dougall J. (1989), *Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse*, Paris : Gallimard, 2003., p.124

²⁰ Mc Dougall (2004), « L'économie psychique de l'addiction », in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp. 511-527.

Mais cette solution s'avère défaillante sur un premier point, le fait qu'elle soit à répéter sans cesse. Elle est provisoire et non adéquate parce qu'il ne s'agit pas d'une solution psychologique. Nous allons nous intéresser à la raison de ce choix somatique chez Mr « L », tel qu'il nous l'est tacitement présenté dans son discours.

2) Pour combler un manque affectif

Nous avons vu, le lien et la séparation sont des thèmes qui reviennent à plusieurs reprises dans le discours de Mr « L », et donc qui prennent une dimension clinique très importante. La révélation du sentiment de solitude, qui est venu en pièce maîtresse d'une tentative d'expliquer la consommation – « *je consommais parce que j'étais seul* » – nous a permis de nous concentrer sur cette carence affective extrêmement présente dans le discours. Car dire que l'on se drogue parce que l'on est seul est une façon de dire que la drogue vient combler un manque. Mais de quelle nature est ce manque ? Les éléments que nous avons présentés nous permettent de parler de quête affective non assouvie. Effectivement, la répétition des schémas de séparation au cours de la vie de Mr « L » ainsi que l'absence du lien à la fratrie et au cocon maternel depuis son départ à St Martin l'ont amené à se sentir seul. La raison de la consommation est donc simple : il s'agit d'une quête. Mais alors de quelle façon l'« objet substance » peut-il répondre à cette quête ? A ce besoin qui pourtant est inadéquat et non pleinement satisfaisant ? Philippe Jeammet nous dit que l'objet addictif « colmate en effet les brèches narcissiques [...] en s'offrant comme néo-objet de substitution sous emprise : toujours à disposition, maîtrisable, évitant les angoisses de séparation »²¹. Cela est éclairant quant à Mr « L » qui cherche une présence dans la drogue, presque de la compagnie pourrait-on dire. L'idée d'une substitution est donc présente chez Mr « L » lorsqu'il dit qu'il se droguait car il était seul. Il s'agit chez lui d'une insatisfaction perpétuelle, omniprésente. Or, les objets addictifs ont justement ce caractère « disponibles » et « maîtrisables » dont parle Philippe Jeammet. Pour Mr « L », ils sont une présence lui permettant de lutter contre la solitude, de se sentir accompagné.

Les travaux de Pirlot (1997 ; 2009) sont également à ce sujet intéressants car ils mettent en avant les caractères anamnestiques communs et interrogent justement cette idée du manque, de la recherche de l'accompagnement, de la présence humaine : « Nous avons toujours été frappés par l'existence dans leurs biographies de la fréquence des deuils ou des séparations

²¹ Jeammet P. Ibid., p.102

précoce : ce *quelqu'un qui manque*²² est l'indice de la faille dans laquelle s'engouffre la relation passionnelle ou addictive »²³. Il précise que « la passion du toxique, en réifiant l'absent, permet d'en maintenir l'illusion »²⁴. Ces travaux font donc écho à ce que nous avons pu observer chez Mr « L », et si on se concentre sur le lien entre cette observation et celle des affects maintenus à distance, nous pouvons confirmer cette idée de lutte ou de défense, qui consolidée par les objets addictifs, lui permet de ne pas être envahi par ces affects. A ce sujet, Pirlot vient associer ces deux aspects en affirmant que la dépendance addictive permettrait d'empêcher une pulsion traumatique de resurgir : « Fumer serait un contre-investissement excitationnel contre l'émergence dans l'organisation psychique d'un affect / d'une pulsion traumatique sans représentation possible »²⁵.

A cette volonté de combler un manque et de reconstituer l'objet perdu dans la substance s'ajoute celle qui consiste à éviter la séparation. Nous avons décelé cela précédemment dans cette façon d'organiser les éléments pour ne pas se retrouver seul. D'ailleurs, l'annonce du décès, à la toute fin du sixième entretien, n'était-il pas une façon pour Mr « L » de rester encore – de ne pas avouer son intolérance à la solitude ? Rappelons simplement que les « objets substances » sont là juste au moment où il va se retrouver seul. Jamais au cours de sa vie de famille il n'a pris de la drogue dans la journée, ni même au travail. Dans le comportement de Mr « L », les « objets substances » servent à surseoir la « réelle » séparation, voire l'évite complètement. Finalement, Mr « L », le soir, et jusque tard dans la nuit, ne se drogue que jusqu'à ce que cette angoisse de séparation soit dissoute dans le crack et l'alcool, et jusqu'à ce qu'elle ne soit plus du tout ressentie, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il s'endorme, tout simplement.

III. L'objet addictif ou l'illusion maternelle

1) Des « objets substances » rassurants et protecteurs

Nous avons vu précédemment le processus cérémoniel et ritualisé qui avait lieu chaque soir, en même lieu et place dans la vie de Mr « L ». Nous avons pu insister sur la dimension du rite dans son aspect magique et pour cela que nous avons parlé d'objet fétiche. Et puisque nous venons d'évoquer le caractère substitutif de l'addiction, il nous faut nous intéresser maintenant à la façon dont ce rituel contribue à renforcer l'angoisse de séparation et la

²² Expression que Pirlot emprunte dans les travaux de Ch. David, 1969

²³ Pirlot G. (1997), *Les passions du corps*, Paris : PUF., p.102

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

carence affective. Bien qu'il s'agisse d'une « solution », elle est à nouveau défaillante puisqu'elle procède en une illusion et isole un peu plus Mr « L ».

Nous avons vu que la dépendance au crack ne pouvait être que psychique ; Cela nous amène à penser que le rituel est important pour Mr « L » pour ce qui lui apporte dans sa dimension psychique, dans son caractère routinier et rassurant. Et cet aspect nous renvoie aux études qui corroborent le fait que le sujet est dépendant à une expérience plutôt qu'à une substance (Bergeret, 1982 ; Pirlot, 2009 ; Renaud, 2006). Car Mr « L » n'est pas dépendant au produit dans ce qu'il lui apporte physiquement mais à ce que celui ci lui procure comme bien être psychique.

L'investissement envers l'« objet substance » est pour Mr « L » inébranlable et surtout hautement maitrisable : il peut en décider lui même, se le procurer lorsqu'il le souhaite. Compte tenu des expériences douloureuses de séparation qu'il a vécues au cours de sa vie, cette façon d'investir ces objets et pour lui une façon de « renouer » avec quelque chose qui ne l'abandonnera pas. Car un des aspects de la drogue est bien d'être toujours disponible, et de toujours apporter l'effet escompté. Mr « L » sait que le soir, il ne sera « plus » seul car tous ses « objets substance » feront office de présence. Ils sont donc investis affectivement. Cela fait écho à ce que Mc Dougall explique en affirmant que le sujet « pense que cette poursuite est celle d'un bon objet en ce sens qu'il lui procure avant tout du bien être et même dans les cas extrêmes, qu'il donne un sens à sa vie »²⁶.

A ce rôle protecteur et calmant, on pourrait également attribuer une fonction de placebo. La drogue vient l'accompagner la nuit jusqu'à ce qu'il s'endorme, et il occupe un rôle anxiolytique évident. Il joue aussi le rôle d'un somnifère, ce qui est étonnant pour un produit psycho stimulant. Donc les « objets substances » du rituel ont ce pouvoir de le persuader de leurs atouts et bénéfices parce qu'ils procurent cette idée de soutien bien qu'ils ne soient pas appropriés ; c'est la raison pour laquelle nous faisons référence aux mécanismes de l'effet placebo.

On peut aussi se référer à l'idée selon laquelle « cette démarche procède de l'acte illusoire de faire quelque chose pour supporter les difficultés quotidiennes »²⁷. Car ces « objets substance », venus les uns après les autres s'intégrer au rituel ne font finalement que se

²⁶ Mc Dougall J. (2004), « L'économie psychique de l'addiction », in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp. 511-527.

²⁷ Mc Dougall J. (1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris : Gallimard, 1994., p. 321

rajouter à une aire d'illusion, à un environnement qu'il croit lui donner une atmosphère substitutive mais qui en réalité, ne fait que l'éloigner encore plus des autres et de lui-même.

Mais cette aire illusoire sécurisante, agissant comme un calmant protecteur, à quoi cela le ramène t-il ?

2) L'objet addictif: prolongement de l'objet transitionnel

Mr « L » a donc su créer un environnement à lui, dans lequel chaque « objet substance » joue un rôle et participe à l'homéostasie de son bien être. Il a conçu un univers illusoirement parfait qui possède le pouvoir de le *ramener* à un état protecteur. Nous pouvons effectivement affirmer qu'il s'agit bien de retrouver un état connu au cours de la vie. Nos données cliniques nous permettent de mettre en avant un manque, mais également de l'associer à un environnement, à une idée. En somme, il s'agit de revivre un état antérieur. Bernard Brusset nous éclaire sur ce point en proposant l'idée que « la mise en acte et les sensations corporelles et psychiques induites par l'addiction, [...] activent les traces mnésiques des expériences primaires de satisfaction et d'insatisfaction »²⁸.

Nous avons déjà discuté du cocon maternel comme environnement étayant, porteur d'affection et idéalisé. Il semble que cette aire soit recherchée par Mr « L » dans sa façon de maintenir cet investissement avec la drogue. Nous pouvons d'ores et déjà affirmer que le cocon est reproduit grâce à cet univers. Il s'agit en réalité d'une illusion de reproduction, d'une tentative de retrouver des états perdus, ou de chercher des états qu'il ne trouve pas dans la réalité, dans sa vie de tous les jours. En ce sens, il s'agit d'une « tentative enfantine »²⁹ de renouer avec l'environnement maternel. En fait, c'est la méthode la plus archaïque pour se sentir en sécurité et apaisé lors du manque affectif, et plus particulièrement celui de la mère. Cela nous renvoie aux théories de D.W. Winnicott des espaces et des objets transitionnels. L'espace transitionnel est une aire « d'expérience » qui inclue des objets et qui permettent à l'enfant de maintenir un espace sécurisant entre sa mère et lui. Le rituel que nous avons largement commenté chez Mr « L » n'a lieu que le soir, « *lorsque tout le monde est couché* » et qu'il se retrouve seul dans la maison. Or, Winnicott précise les fonctions des ces objets transitionnels, qui peuvent être dans l'enfance moelleux, doux, et persister plus tard si bien qu'ils « continuent à être absolument indispensables à l'heure du coucher ou durant des

²⁸ Brusset B. (2004), « Dépendance addictive et dépendance affective » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp. 405-420.

²⁹ Mc Dougall (2004), « L'économie psychique de l'addiction » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp. 511-527.

périodes de solitude »³⁰. Selon lui, « on peut définir la toxicomanie en termes de régression au stade primitif, où les phénomènes transitionnels ne sont pas contestés »³¹, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas « désinvestis graduellement ». Les « objets substances » de Mr « L » sont donc des objets transitionnels qui ont pour rôle de réduire son angoisse et de lutter contre la solitude. Bien sûr, ces « objets substance » ont pour lui cet autre but de le ramener à l'environnement maternel, et c'est pour cela qu'il ne se contente pas d'un seul objet (le crack) mais que de nouveaux objets (tabac puis alcool) sont venus de rajouter afin de (re)construire cette aire maternante qu'il a connue étant plus jeune. Selon Mc Dougall, « ces objets addictifs prennent alors la place des objets transitionnels de l'enfance qui incorporaient l'environnement maternel et en même temps libéreraient l'enfant de son lien de dépendance à sa mère »³². Cela éclaire ce que nous avons pu constater chez Mr « L » de ses objets addictifs investis comme un bon objet transitionnel, et cette auteure précise plus loin que les addictions « tenteraient inconsciemment d'en jouer le rôle »³³.

Il nous faut désormais nous pencher sur le fait que cette solution trouvée par Mr « L » est à nouveau défaillante, et expliquer pour quelles raisons. Nous avons vu que les objets addictifs jouaient un rôle de substitution pour lui, et c'est à cet égard qu'ils ne constituent pas une solution adéquate. Nous avons également discuté du fait qu'il s'agissait là d'une solution somatique et non psychologique. Nous pouvons affirmer que chez Mr « L », les objets font office de remplacement, prennent l'apparence d'un lien. En ce sens, ces objets sont, selon Mc Dougall, non pas transitionnels mais « transitoires » car échouant à introjecter l'environnement maternel. Evelyne Chauvet, précise en s'appuyant sur cette théorie que « ces objets «transitoires» sont utilisés comme des objets de substitution »³⁴.

De cette façon, l'objet « transitoire » échoue dans cette mesure où plutôt que d'introjecter l'objet, le sujet tend à l'incorporer, à fusionner avec lui et ainsi à renforcer le lien affectif qu'il entretient avec lui. C'est d'ailleurs ce que précise Bernard Brusset en disant que « la quête

³⁰ Winnicott D.W. (1969), *Les objets transitionnels*, Paris : Payot et Rivages, 2010., p.35

³¹ Ibid., p.63.

³² Mc Dougall (2004), « L'économie psychique de l'addiction » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp 511-527.

³³ ibid.

³⁴ Chauvet E. (2004), « L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp.609-622.

addictive est la recherche dans le monde externe d'une solution au manque d'introjection d'un environnement maternant »³⁵.

Egalement à ce sujet, Pierre Marie Blondel propose dans la logique de Winnicott de dire que « l'objet transitionnel serait un objet structurant parce que créée par l'enfant, il le dégagerait de la mère sans dénier son absence et contribuerait ainsi à l'internalisation de l'objet »³⁶. Si cela semble intéressant au stade de l'enfance, nous ne pouvons retrouver cet aspect pour Mr « L » pour qui la prise de drogue constitue une incorporation orale issue d'une création dans le monde externe mais qui ne constitue pas une introjection adéquate. Nous nous réfèrerons plutôt à la théorie de Michel Fain, plus éclairante quant à notre sujet, qui affirme que l'objet addictif est défaillant parce qu'il « maintient le déni du manque »³⁷. Il est ce sens intéressant de constater que chez Mr « L », l'aire ritualisée a reproduit un environnement maternel sécurisant, luttant contre l'angoisse et la solitude, et peut être simplement contre l'angoisse de la solitude. Cette aire contribue à maintenir un cocon sans qu'il sache qu'elle est construite pour combler un manque affectif et le renvoyer à cet environnement maternel. Chez Mr « L », la création est si bien construite et de cette façon tellement illusoire qu'elle a toujours dénié le sens premier de son existence, c'est à dire le manque.

Synthèse de la troisième partie :

En articulant notre clinique avec la théorie qui lui préexistait, nous nous sommes rendus compte du rôle que pouvait jouer l'addiction pour Mr « L » et ainsi évoquer la théorie des « objets addictifs transitionnels », ramenant le sujet à un état de bien être apporté par la mère.

Nous avons mis en avant le processus de mise à distance de l'affect et du discours alexithymique et discuté la carence affective qui, à travers ses choix addictifs comme solution somatique, s'est clairement manifestée et a été confirmée par les théories.

³⁵ Brusset B. (2004), « Dépendance addictive et dépendance affective » in *revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp. 405-420

³⁶ Blondel M. P. (2004), « Objets transitionnels et autres objets d'addiction » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp. 459-467

³⁷ Fain M. (1975), *La nuit, le jour*, Paris : PUF, p. 168

Conclusion

A travers cette étude du cas de Mr « L », nous avons pu mettre en évidence nombreux éléments du fonctionnement à l’œuvre dans les addictions. C’est aussi à travers la clinique de ce cas singulier que nous nous sommes autorisés à proposer une lecture plus spécifique et théorique. Les données cliniques récoltées au cours du stage nous ont permis de construire une pensée qui s’est appuyée sur des théories existantes, mais aussi – et c’est tout l’intérêt de ce travail – de mener une recherche singulière et spécifique parce que centrée sur une étude personnalisée.

Nous avons mis en évidence à quel point la carence affective, due en partie à un schéma répétitif de séparation et de liens brisés, était pour Mr « L » le point de départ d’une longue lutte somatique traduite par une consommation concomitante de crack, d’alcool et de tabac. Nous avons pu remarquer que cette tentative de pallier à ce manque l’a éloigné de ses affects jusqu’à provoquer un discours alexithymique. Cette étude nous a montré comment le corps était venu en « renfort » de la psyché, jusqu’à jouer son propre rôle et tenir une place primordiale dans le discours. Enfin, en s’appuyant sur des théories multiples, nous avons été éclairés sur cet environnement que s’était construit Mr « L », en le reliant à un univers maternel protecteur, où les objets addictifs sont investis comme des objets transitionnels.

Les processus d’addiction sont complexes et passionnants parce qu’il ne cessent d’interroger la clinique pour comprendre la place qu’elles occupent chez chacun des patients. Ils traduisent bien souvent un désir de se soigner malgré leur dimension nuisible. Nous n’avons pas traité cet aspect de la consommation chez Mr « L », parce que nous nous sommes laissés guider par cette volonté de maîtriser l’environnement et cette tentative pour pallier à la carence, et parce que trop peu d’éléments cliniques nous permettaient de prendre cette direction. En réalité nous n’avons traité que l’aspect « vital » des addictions.

Il nous reste néanmoins un élément à prendre en considération avant de conclure, afin d’introduire ce qui éventuellement, resterait à comprendre dans une prochaine étude. Le mode de consommation ritualisé de Mr « L » est resté inchangé pendant plusieurs années, les quantités sont restées identiques, les modes d’administration aussi. Pourtant, après la séparation d’avec sa femme qui a marqué une fois de plus une rupture impossible, le rituel s’est alors modifié. C’est-à-dire que l’environnement s’est brisé jusqu’à ce que l’addiction occupe une place de tous les instants. Les quantités de drogues ont augmenté pour la première fois, et l’addiction est venue jouer un nouveau rôle, prendre une dimension que Mr « L »

s'était jusqu'ici toujours refusé ; Il s'est à ce moment là abandonné complètement au produit, ne pouvant plus le contrôler. Bien sûr, ces idées de « pansement pour la psyché » et de « solution somatique » que nous avons traitées au cours de notre étude viennent rendre compte de ce comportement unique dans l'anamnèse de Mr « L », et on pourrait conclure sur le seul caractère quantitatif de cette modification comportementale : les prises ont augmentées comme la souffrance, avec cette « *tristesse qu'[il] essayait de diminuer* ». Néanmoins nous ne saurons nous en tenir à cette théorie parce qu'elle ne rend pas compte, justement, du caractère mortifère qui est indissociable de l'addiction. Sans nous risquer à débouter une théorie infondée sur si peu d'élément cliniques, nous pouvons d'ores et déjà évoquer que la solution trouvée par Mr « L » avait jusqu'ici été efficace, bien que défaillante d'un point de vue psychique, et que, à un moment donné, est devenue inopérante. La solution addictive s'est brisée avec l'environnement qu'elle composait et nous pourrions alors penser que Mr « L » s'est trouvé désarmé, sans écran face à ses affects envahissants, et sans solution adéquate pour lutter. La dimension suicidaire, toujours présente dans les addictions de toutes les façons, aurait alors pris le dessus sur cette solution rendue inefficace par une douleur trop importante qui n'en était finalement plus une pour lui.

Les liens entre suicidalité et addictions sont donc une chose qu'il nous faudrait explorer. La dimension mortifère pourrait dès lors de résumer à quelques points simples : la prise simultanée de plusieurs produits dont on connaît les effets néfastes, ce qui favorise grandement les risques ; des prises de drogues dont la quantité est supérieure à ce que, théoriquement, le corps ne peut supporter (c'est le cas pour l'héroïnomane qui sait quelle dose pourrait alors s'avérer mortelle) ; et enfin, une chose qui nous ramène à Mr « L » et que nous pourrions explorer, lorsque les quantités, jusque là maîtrisées, augmentent de façon violente et inattendue.

Bibliographie :

- Bergeret J. (1982), *Toxicomanie et personnalité*, Paris : PUF, 1992.
- Bergeret J. (1990), *Les toxicomanes parmi les autres*, Paris : Odile Jacob.
- Blondel M.P. (2004), « Objet transitionnel et autres objets d'addiction » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68 (2), pp. 459-467.
- Brusset B. (2004), « Dépendance addictive et dépendance affective » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68 (2), pp. 405-420.
- Chauvet E. (2004), « L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68 (2), pp. 609-622.
- Chelton L., Bonney W. (1987), « Addiction, affects and selfobject theory » in *Psychotherapy : theory, research, practice, training*, vol 24 (1), pp. 40-46.
- Fain M. (1975), *La nuit, le jour*, Paris : PUF.
- Freud S. (1929), *Malaise dans la civilisation*, tr. Fr. Paris, PUF, 1971.
- Green A. (1973), *Le discours vivant : la conception psychanalytique de l'affect*, Paris : PUF, 2004.
- Laplanche J. et Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : PUF, 2007
- Le Poulichet S et al. (2000), *Les addictions, Monographies de psychopathologie*, Paris : PUF.
- Le Poulichet S. (2011), *Toxicomanies et psychanalyse : les narcosexes du désir*, Paris : PUF
- Marty P., de M'Uzan M. (1963), « La pensée opératoire » in *Revue Française de psychanalyse*, vol 27, pp. 345-356.
- Marty P. (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris : PUF, 2004.
- McDougall J. (1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris : Gallimard, 1994.
- McDougall J. (1989), *Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse*, Paris : Gallimard, 2003.
- McDougall J. (2004), « L'économie psychique de l'addiction », in *Revue Française de psychanalyse*, vol 68(2), pp.511-527.
- Olievenstein C. (1973), *Ecrits sur la toxicomanie*, Paris : Editions Universitaires

- Olievenstein C. et al. (1982), *La vie du toxicomane : séminaire de l'hôpital Marmottan*, Paris : PUF, 1991.
- Pedinielli JL. (1992), *Psychosomatique et alexithymie*, Paris : PUF
- Pedinielli JL. et al. (1997), *Psychopathologie des addictions*, Paris : PUF, 2004
- Pirlot G. (1997), *Les passions du corps*, Paris : PUF
- Pirlot G. (2009), *Psychanalyse des addictions*, Paris : Armand Colin.
- Renaud M. (2006), *Traité d'addictologie*, Paris : Flammarion Médecine-Sciences.
- Winnicott D.W. (1969), *Les objets transitionnels*, Paris : Payot et Rivages, 2010.

FICHE DE PRESENTATION DU MEMOIRE

Résumé :

Ce mémoire de Master 1 de psychopathologie relate le cas de Mr « L », toxicomane rencontré aux Antilles Françaises, dépendant au crack et également consommateur quotidien d'alcool et de tabac depuis plus de vingt-cinq ans. Conduite dans un CSAPA durant plusieurs semaines de stage, la clinique de Mr « L » a permis de rendre compte d'un comportement ritualisé, reproduisant un environnement maternel sécurisant et luttant contre un sentiment de solitude omniprésent. Les objets addictifs ont été identifiés comme objets transitionnels défaillants et ont mis en évidence une carence affective. La notion d'affect a pu être discutée et interrogée à travers le prisme de l'alexithymie de Mr « L », en lutte avec cette carence affective et utilisant l'addiction comme solution purement somatique.

Mots-clés :

Addiction – Toxicomanie – Carence affective – Affect – Clivage – Objet transitionnel

Addiction – Drug abuse – Affection deficiency - Affect – Splitting - Transitional object