



Société Française de
Psychanalyse Intégrative®

Actes colloque du 18 octobre 2014 de la SFPI

*Psychanalyse Intégrative, Dépendances et
Addictions*

Ce document regroupe une partie des interventions qui ont eu lieu lors du colloque. Ces interventions restent la propriété de leur auteur. Ce document est disponible à l'adresse : www.sfpsychanalyseintegrative.org



Actes colloque du 18 octobre 2014 de la SFPI

Psychanalyse Intégrative,

Dépendances et Addictions

ARGUMENT

Sommes-nous dans une société de l'excès ? Sans hésitation, la réponse est oui. C'est même une des caractéristiques de notre société qui pousse à « l'hyper », au « trop » au « tout ». Si nos sociétés sont potentiellement addictives, tout le monde ne devient pas pour autant alcoolique, toxicomane, acheteur compulsif ou accro au sexe, au travail ou aux jeux vidéo.

Des toxicomanies à l'alcoolisme en passant par les addictions sans substance, existe-t-il des points communs entre ces addictions ? Et si oui quels sont-ils ? De quoi est-on dépendant ? Est-on plus vulnérable à certains moments de la vie ? A partir de quand peut-on parler d'addiction ? Quelles frontières entre normal et pathologique, lorsque nous parlons de dépendances ?

De l'usage à la dépendance, des mécanismes particuliers sont à l'œuvre, liés à la fois aux contextes sociaux, culturels, économiques, psychologiques, biologiques...

En tant que cliniciens, parler d'addiction c'est s'intéresser : au sujet, à son désir et à son histoire ; à la dépendance comme processus constitutif de la subjectivité ; la dépendance comme mécanisme ainsi qu'aux différents éléments qui permettent de définir le lien comme addictif

J.McDougall, qui a contribué à promouvoir en France le concept d'addiction sous sa forme psychopathologique, avance que dans les conduites addictives, « il y aurait une défaillance de l'étayage maternel ne permettant pas à l'enfant d'élaborer les processus de séparation. L'objet maternel interne serait vécu comme absent ou incapable de consoler l'enfant perturbé ».

SFPI

La société de Psychanalyse Intégrative® est une association qui regroupe des psychanalystes partageant les mêmes convictions au plan théorique et clinique concernant la Psychanalyse Intégrative®.

Celle-ci intègre deux grands courants, les psychanalyses et les psychothérapies relationnelles (incluant les psychothérapies émotionnelles, corporelles et existentielles), ainsi que les apports des sciences qui permettent de mieux appréhender la complexité de l'être humain.

Notre clinique nous amène fréquemment à constater des liens étroits entre addictions, troubles de l'attachement, troubles du narcissisme, de l'identité et des limites du moi.

Nous allons nous intéresser tout au long de ce colloque aux phénomènes cliniques, sociologiques et biologiques qui sous-tendent les conduites addictives.

En interrogeant notre clinique, nous tenterons de progresser à la fois sur :
- La compréhension des défaillances dans la construction du moi qui sont au cœur des différentes addictions évoquées.

- L'articulation des différents modes de compréhension des addictions ; différentes approches scientifiques et objectives, sociologique et clinique.

- Les dispositifs thérapeutiques les plus appropriés à chacun des patients qui se présentent à nous comme « souffrant d'addictions ».

COLLOQUE

Société Française de Psychanalyse Intégrative

**PSYCHANALYSE INTEGRATIVE
DEPENDANCES
ET
ADDICTIONS**

**18 OCTOBRE 2014
9H30 - 18H30**

Centre Sèvres
35 Bis Rue de Sèvres
75006 Paris

SFPI
Société Française de
Psychanalyse Intégrative®

Renseignements et Inscriptions :
www.sfpsychoanalyseintegrative.org
colloque@sfpsychoanalyseintegrative.org

INTERVENANTS



Christophe Niewiadomski

Professeur des Universités en Sciences de l'éducation, Université de Lille 3

Jean-Michel FOURCADE

Psychanalyste, Psychothérapeute,
Président de la SFPI et de l'Affop

Directeur de la Nouvelle Faculté Libre

Lucienne Spindler

Psychologue clinicienne, Psychanalyste

Pierre Van Damme

Psychologue clinicien, Psychothérapeute

Edmond Marc

Psychologue, Docteur d'État en psychologie,
Professeur émérite

Nicole AUBERT

Sociologue, Psychologue
Professeur à ESCP Europe

Jean-Benjamin Stora

Professeur émérite, psychosomaticien psychanalyste,
co-Directeur du DU de Psychosomatique Intégrative,
Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière

Laure d'Hautefeuille

Psychanalyste, Art-Thérapeute
Membre praticien agréé de la SFPI

Caroline Ulmer-Newhouse

Psychanalyste
Membre adhérent de la SFPI

Pierre de Romanet

Psychanalyste, Psychopraticien
Membre praticien agréé de la SFPI

Nicolas de Salles de Hys

Psychologue clinicien, Psychanalyste
Psychanalyste Membre praticien agréé de la SFPI

Modérateurs : Christine Bonnal, Stéphanie Duchesne, Jean-Michel Fourcade

SFPI	1
ARGUMENT	1
INTERVENANTS	3
INTRODUCTION DU COLLOQUE – Jean-Michel Fourcade	5
TOXICOMANIES, ADDICTIONS ET DEPENDANCE – Edmond Marc	6
LA SOCIETE HYPERMODERNE, UNE SOCIETE PAR EXCES - Nicole Aubert	12
VANESSA, ADDICTION, ALCOOL ET CIGARETTES – Jean-Benjamin Stora	13
DE LA MALTRAITANTE A LA DEPENDANCE AU LIEN AMOUREUX – Laure d’Hautefeuille	21
DEPRESSION ET ADDICTION– Pierre Van Damme	29
RECHERCHE BIOGRAPHIQUE, CLINIQUE NARRATIVE ET ALCOOLOGIE CLINIQUE - Christophe Niewiadomski	43
SEXE ET DEPEDANCES, D’UN OBJET TRANSITINNEL A L’AUTRE – Caroline Ulmer- Newhouse	62
LA TOXICOMANIE, « UNE MAUVAISE REPONSE A UNE BONNE QUESTION ? »	69
SEX-ADDICT– Lucienne Spindler	77
JASMINE ET ARIELLE ? UNE HISTOIRE ? DEUX DESTINS – Nicolas de Salles de Hys	85

INTRODUCTION DU COLLOQUE – Jean-Michel Fourcade

Nous avons reçu les vœux de soutien pour la SFPI et ce deuxième Colloque de :

Max PAGES et Bernadette ARMANET PAGES

Pr Jacqueline BARUS-MICHEL

Pr Vincent de GAULEJAC

Pr Fernando GASTAL DE CASTRO

Pr Christiane GIRARD

Dr Manuel BARROSO

Michael RANDOLPH

Je remercie vivement pour leur présence nos membres d'honneur :

Alain Amselek

Jacques Digneton

Marie-Claude Dupin

Pr Jean-Benjamin STORA

ainsi que les enseignants de la Nouvelle Faculté Libre et, bien sûr, plus particulièrement ceux qui participent par leurs communications à ce Colloque :

Lucienne SPINDLER

Berta VEGA FERNANDEZ

Ainsi que

Philippe GRAUER, Président du SNPPSY, Directeur du CIFP et Vice-Président de l'Affop

Catherine Bergeret Amselek

TOXICOMANIES, ADDICTIONS ET DEPENDANCE – Edmond Marc

On a tendance aujourd'hui à confondre ces trois notions que l'on utilise souvent indistinctement, ce qui entraîne pas mal de confusion tant au niveau des phénomènes désignés qu'à leur abord thérapeutique.

Mon propos, qui a un but introductif, souhaite clarifier la définition et la portée de ces termes de façon à éclairer les débats qui vont suivre.

Je suis parti du constat qu'on utilise actuellement le terme de dépendance à toutes les sauces. On est dépendant à l'alcool ou au tabac, mais aussi au chocolat, au travail, au sexe, au sport... Si bien que l'on ne vivrait plus que dans un univers de dépendance et que nous serions tous des dépendants pathologiques. C'est avec la dépression, la bipolarité, l'hyperactivité la nouvelle maladie du siècle pour laquelle les laboratoires, n'en doutons pas, sont en train de concocter quelque nouvelle molécule très rémunératrice.

Pour sortir de cet usage hyperbolique, je vais prendre successivement ces trois termes (toxicomanie, addiction et dépendance) pour essayer d'en donner une définition précise et différentielle, en m'appuyant, bien sûr, sur les dictionnaires de psychologie car ils n'appartiennent pas aux concepts fondamentaux de la psychanalyse (même s'ils sont utilisés aussi par les psychanalystes).

I – TOXICOMANIE

Le vocable le plus ancien et le plus répandu est celui de toxicomanie.

Cette notion est apparue dès le XIXème siècle dans le vocabulaire médical et psychiatrique.

Le paradigme initial a été le « *dipsomanie* », plus communément appelée « alcoolisme », avant que l'usage des drogues ne se généralise peu à peu.

Longtemps cantonné à l'univers médical, l'intérêt pour la toxicomanie a pénétré l'univers « psy » dans les années soixante avec la diffusion massive des différentes drogues (cannabis, morphine, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes...) et l'émergence de traitements psychothérapeutiques, à côté des traitements médicaux.

Aujourd'hui, les toxicomanies, qu'elles soient « légales » (comme l'alcoolisme, le tabagisme ou la dépendance aux médicaments psychotropes) ou illégales comme l'usage des différents stupéfiants, constituent le premier fléau social (bien avant le sida, le cancer ou le virus Ebola) aux effets dévastateurs sur la santé, la sécurité et la cohésion familiale et sociale.

C'est aussi le premier business dans le monde, le plus lucratif, enrichissant les mafias, les cartels et filières de la drogue, les lobbies de l'alcool et du tabac et les laboratoires médicaux.

Définition

On appelle toxicomanie un trouble psychique et comportemental caractérisé par l'*abus* d'une *substance psychotrope*, entraînant un *état de dépendance*, un *syndrome de sevrage* et ayant des *effets toxiques* tant au niveau physique que psychologique.

Cette définition fait intervenir 5 éléments que je vais reprendre :

1. La notion d'*abus* qui désigne une consommation excessive et compulsive ayant des effets perturbateurs sur la vie du sujet (santé, travail, vie familiale).
2. La consommation d'une *substance psychotrope*, c'est-à-dire qui agit sur le cerveau, cette action pouvant être variée : euphorisante, excitante, calmante, hallucinogène... La substance peut être naturelle comme le tabac, le cannabis, l'alcool ou chimique (les médicaments psychotropes ou les drogues de synthèse).
3. L'*état de dépendance* se traduit par le besoin de plus en plus impérieux de consommer la substance, par le phénomène d'*accoutumance*, par un *état de manque* en l'absence de consommation et par l'échec des tentatives de sevrage. Peu à peu, la drogue ne sert pratiquement plus qu'à supprimer le déplaisir lié à l'état de manque et la toxicomanie devient un mélange de plaisir et de douleur.
4. Le *syndrome de sevrage* intervient lors de ces tentatives d'arrêt de la consommation et se traduit par des troubles physiologiques (tremblements, nausées, douleurs, céphalées, vertiges...) et psychologiques (anxiété, agressivité, agitation, asthénie, dépression...).
5. Les *effets toxiques* se situent eux aussi à ces deux niveaux. Au sens premier du terme toxique, l'abus de la substance a un effet destructeur sur l'équilibre physiologique du sujet. Il a aussi des répercussions négatives sur son fonctionnement psychologique et relationnel : le besoin de consommation devient envahissant, perturbe les autres activités, atteint les relations familiales et de travail (comme dans l'alcoolisme ou la drogue), entraîne des conduites à risque (alcool ou stupéfiants au volant, ou risques d'overdose pour les drogués).

Ces 5 éléments sont nécessaires pour que l'on puisse utiliser le terme de toxicomanie (que le DSM 4 a remplacé par l'expression pudique de « troubles liés à une substance »).

Un phénomène triadique

La toxicomanie suppose donc 3 éléments. On pourrait l'appeler « les 3 S » parce qu'elle met en relation un Sujet, une Substance et une Société. On oublie souvent le 3^{ème} terme pour se focaliser sur les 2 premiers.

Or le 3^{ème} terme est tout aussi important car la toxicomanie, tout en étant un problème personnel, est aussi un phénomène social. Il y a des toxicomanies qui sont tolérées, voire même encouragées, par la société ou certaines de ses institutions. Au temps du service militaire obligatoire, par exemple, l'État français distribuait systématiquement des paquets de cigarettes et du vin aux conscrits, apportant ainsi son soutien à un système de valeurs dans lequel le « pinard » et la gauloise apparaissaient comme des signes évidents de virilité.

Et aujourd'hui, le corps médical n'est-il pas en train de prendre à son tour une place de « pourvoyeur » de drogues si l'on en juge par la quantité de médicaments psychotropes qui sont prescrits en France (anxiolytiques, hypnotiques, sédatifs, antidépresseurs) susceptibles d'entraîner des dépendances et de devenir de redoutables toxiques ?

Voilà pour la définition de la toxicomanie. Il aurait été intéressant à ce point de parler des théories en rendant compte ; mais, hélas, le temps ne le permet pas.

J'aborde donc le 2^{ème} terme, celui d'*addiction*.

II – ADDICTION

Le terme d'addiction est un anglicisme. Il signifie en anglais « dépendance » ; on le trouve dans l'expression *drug addiction* qu'on traduit en français par « toxicomanie ».

Le terme anglais a une étymologie latine mais qui est très éloignée du sens actuel : en latin, *addictio* désigne une vente par adjudication et l'adjectif « *addictus* » désignait un débiteur vendu comme esclave pour payer ses dettes. D'où l'idée dans *addict* d'être esclave de quelque chose, d'en être dépendant. Bergeret a construit sur cette étymologie lointaine toute une théorie de la toxicomanie qui, personnellement, me laisse assez dubitatif¹.

¹ Cf. J. Bergeret, *Toxicomanie et personnalité*, Que sais-je ?, 1996.

On ne voit donc pas les raisons de remplacer le terme français de toxicomanie par sa traduction anglaise. C'est, notamment, Joyce McDougall qui a contribué à l'introduire en français et en a répandu l'usage en psychanalyse et en psychiatrie. Elle a voulu le substituer au terme de toxicomanie. Les arguments qu'elle invoque pour cette substitution ne me semblent pas convaincants². Elle soutient que le sujet addict cherche avant tout le plaisir et non à s'empoisonner, ce qui est bien évident ; les effets toxiques ne sont pas recherchés pour eux-mêmes, ils ne sont que l'effet de l'abus. La caractéristique de la toxicomanie est que le sujet ne peut se détacher de la substance dont il est dépendant en dépit de ses effets toxiques. Notons aussi que certains psychanalystes l'ont interprété comme un désir inconscient d'auto-destruction³.

D'autre part, elle entend donner à la notion d'addiction une extension beaucoup plus large que celle qu'implique le terme de toxicomanie. Elle y inclut, par exemple, des comportements comme la boulimie, l'anorexie ou la compulsion sexuelle. Or, la nourriture ou le sexe ne sont pas en eux-mêmes des substances psychotropes, même si on peut analogiquement les en rapprocher.

Je ne vois pas dans ces conditions pourquoi on renoncerait au terme français de toxicomanie avec le sens défini précédemment. On pourrait alors utiliser le terme d'addiction pour désigner des formes de dépendance et de compulsion qui ne concernent pas des substances psychotropes et toxiques. Cela permet de distinguer des pathologies qui tout en ayant certains points communs avec la toxicomanie (l'abus, la compulsion, la dépendance, la perturbation de la vie quotidienne et relationnelle...) ont aussi des différences importantes puisque l'addiction dans cet usage n'implique pas nécessairement la dépendance à une substance psychotrope et toxique. Elle concerne en effet des objets en eux-mêmes non toxiques (comme le sexe) ou des comportements (comme le sport, la nourriture ou le jeu) dont seuls les modalités et l'abus compulsif revêtent éventuellement un caractère pathologique.

² Cf. Joyce Mc Dougall, *L'économie psychique de l'addiction in Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, PUF, 2001.

³ Ce qui est paradoxal, c'est que Joyce Mc Dougall elle-même semble à certains moments se rallier à cette hypothèse. Ainsi présente-t-elle le cas d'une patiente souffrant de tabagisme et qui lui dit : « Je n'éprouve plus le moindre plaisir à fumer ; c'est devenu une compulsion mortifère » (op. cit., p.30).

III – DEPENDANCE

La notion de dépendance est relativement récente. Elle revêt au moins trois sens différents.

1. A l'origine, elle désigne l'état d'assuétude du toxicomane à l'égard de la substance utilisée. Elle se traduit par le *besoin de plus en plus impérieux* de la substance toxique ; par un *état de manque* en l'absence de consommation ; et par l'*échec de toute tentative de sevrage*.
2. Dans la théorie psychanalytique, elle caractérise la situation du bébé vis-à-vis de l'entourage. La *dépendance infantile* découle de l'état de prématurité du bébé humain qui fait que sa survie dépend des soins maternels.
3. Un troisième usage est apparu récemment pour caractériser un *certain type de personnalité* appelé « *personnalité dépendante* ». C'est le DSM 4 qui a popularisé cette notion (qui n'appartient donc pas au vocabulaire psychanalytique). Il la définit comme une personnalité ayant « un besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » ». Le sujet a besoin qu'autrui assume pour lui les responsabilités quotidiennes ; il a du mal à initier un projet et à agir seul ; des difficultés à prendre des décisions sans être conseillé et rassuré. Il cherche constamment le soutien d'autrui et se sent incapable de se débrouiller par lui-même.

En termes psychanalytiques, on parlerait d'une *relation d'objet anaclitique*.

Il est à noter que cette notion de « personnalité dépendante » a disparu du DSM 5.

On voit que ces trois sens sont très différents et n'ont pas vraiment de rapports entre eux. Mais on a eu tendance à les confondre et à les amalgamer. Il en résulte un certain flou qui fait que la notion de dépendance tend à englober celles de toxicomanie et d'addiction.

On le constate, par exemple, dans l'usage qui est fait aujourd'hui de la notion de « dépendance affective » présentée à la fois comme une forme d'immaturité et d'addiction.

Dépendance affective

Ce terme a été introduit par Robin Norwood dans *Ces femmes qui aiment trop*⁴. Elle assimile la dépendance affective à une forme d'addiction. Mais on oublie qu'elle utilise cette notion pour désigner une forme de lien pathologique.

Avoir besoin d'amour et d'affection est tout à fait normal. Etre attaché aux personnes qui vous les apportent l'est aussi.

⁴ J'ai lu, 1993 (pour la trad. Franç.).

Ce qui ne l'est pas, c'est de ne pouvoir se détacher des relations toxiques où ces besoins intenses sont constamment frustrés. C'est obéir à un bio-scénario répétitif qui conduit à un échec de la relation. C'est de choisir toujours des partenaires inadéquats. C'est ce type de pathologie que Norwood appelle « dépendance affective ».

Mais il ne s'agit d'addiction que dans un sens métaphorique. On est plutôt dans le registre d'une pathologie du lien et de la relation.

Il convient donc de ne pas mélanger les différentes significations de la notion de dépendance (état d'assuétude à un toxique, « dépendance infantile » ou type de personnalité) et, si l'on en fait usage, de bien préciser à laquelle de ces trois significations on se réfère.

Il importe aussi de distinguer la dépendance pathologique d'une dépendance « normale » qui caractérise profondément le sujet humain. Car comme l'exprime très justement Joyce Mc Dougall : « La dépendance est notre destinée, de même que la lutte incessante et inhumaine que nous menons contre elle pour essayer d'y échapper » (p.35).

Conclusion

J'ai voulu sortir de la confusion qui vient du fait que les notions qu'on vient d'aborder ne sont pas toujours bien différencier.

Il ressort de cette analyse critique que les trois termes de toxicomanie, d'addiction et de dépendance peuvent revêtir des sens différents et avoir chacun leur utilité et leur portée. A condition, bien sûr, d'être clairement distingués et de renvoyer à une définition précise.

Mais, bien sûr, cette réflexion terminologique n'a d'intérêt que si elle a un impact sur la clinique et si elle aide à mieux appréhender la problématique de nos patients. C'est un niveau que je n'ai pas pu aborder dans cet exposé mais que les autres communications nous permettront certainement d'explorer.

Edmond Marc

Psychologue, Docteur d'État en psychologie, Professeur émérite

Paris, le 18 octobre 2014

LA SOCIETE HYPERMODERNE, UNE SOCIETE PAR EXCES - Nicole Aubert

A VENIR

Nicole Aubert

Sociologue et psychologue,

Professeur à ESCP Europe et membre du laboratoire de Changement Social de l'Université Paris

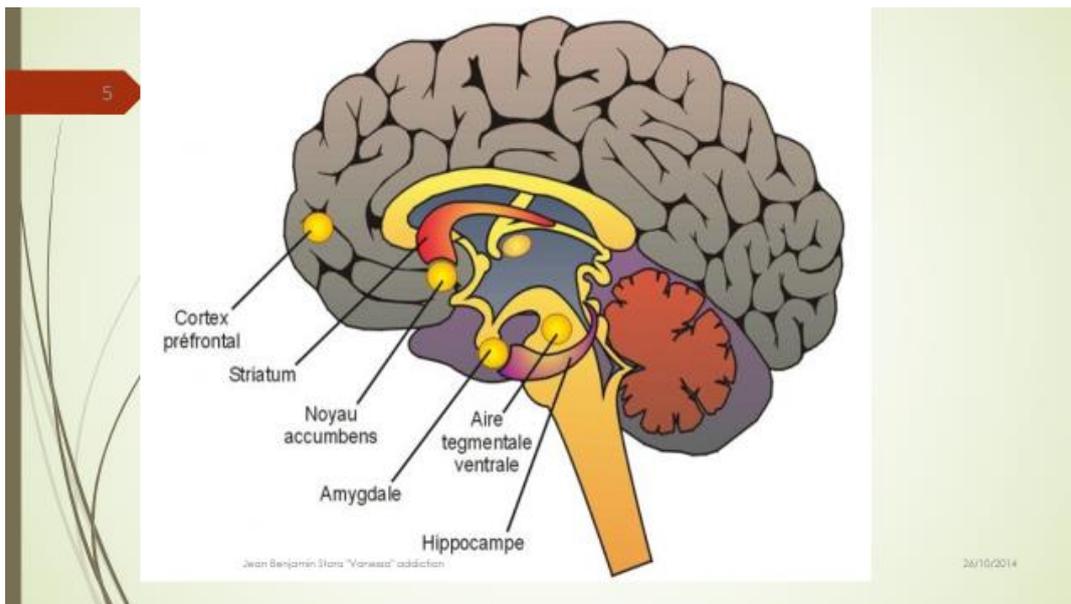
7.

aubert@escpeurope.eu

Bibliographie

AUBERT, N., (2004), *L'Individu hypermoderne*, Toulouse, Érès (ouvrage collectif).

VANESSA, ADDICTION, ALCOOL ET CIGARETTES – Jean-Benjamin Stora



11

Renforcement positif et renforcement négatif

- *« Au début de l'addiction, explique le Pr M. Naassila, le renforcement positif tient une part prépondérante. Le système de récompense s'adapte de telle façon que le seuil des effets de récompense augmente.*
- ***Mais le déficit de sensation des effets positifs pousse à prendre davantage de substance. Puis l'exposition chronique entraîne des dérèglements au niveau de certaines structures cérébrales de sorte que le renforcement positif va laisser place à un renforcement négatif. »***

Jean Benjamin Stora "Vanessa" addiction 26/10/2014

13

Neuroadaptation

- Autrement dit, des processus de neuroadaptation s'adaptent à un perturbateur et des drogues assez puissantes entraînent la mise en place de processus opposants « anti-récompense » qui visent à contrer précisément une suractivation de ce système de récompense. D'autres neurotransmetteurs vont entrer en jeu et expliquent la mise en place d'un renforcement négatif.
- **Le sujet ne va plus consommer la substance seulement pour en ressentir ses effets positifs, mais aussi pour se soulager des effets négatifs, c'est-à-dire les sensations désagréables qui surviennent lors du sevrage, d'ordre physique ou psychique, et poussent à consommer à nouveau la substance.** Cette balance entre craving positif et négatif (désir insatiable) entraîne le maintien du niveau de consommation de la substance en dépit des effets négatifs, avec perte de contrôle et prise compulsive du produit.

Jean-Benjamin Storz "Vivastat" addiction

26/10/2014

15

Le noyau accumbens

- On commence à bien comprendre les dysfonctionnements cérébraux dans les addictions, notamment au niveau du circuit de la récompense (cf. fig. 1) représenté par le noyau *accumbens* (striatum ventral, une sous-structure du striatum) qui reçoit des afférences en provenance de l'aire tegmentaire ventrale.
- **Le noyau accumbens est envahi de dopamine lors de la consommation de substances, ce qui entraîne une sensation de plaisir** : la dopamine sert, en partie, à attribuer une plus-value qui est perçue lors de la consommation d'une substance ou lors d'un comportement. Elle sert aussi à coder des phénomènes plus complexes comme les erreurs de prédiction lorsqu'on s'attend à recevoir une drogue et que ce n'est pas le cas.

Jean-Benjamin Storz "Vivastat" addiction

26/10/2014

Effets positifs et mode automatique

- Ainsi, la prise de produit est dirigée au départ vers la recherche des effets positifs, puis le comportement finit par passer en mode automatique. En outre, le noyau accumbens est sous le contrôle d'autres structures cérébrales comme **l'hippocampe, qui envoie des afférences glutamatergiques excitatrices** (cf. fig. 1).
- Or l'hippocampe est impliqué dans les processus de mémorisation et la mémoire joue un rôle important dans ce circuit de la récompense (**mémorisation de l'intensité des sensations, du contexte de prise du produit**) et donc un rôle majeur dans le phénomène de rechute.

Le cortex préfrontal

- Autrement dit, l'engagement d'un sujet dans un comportement compulsif, répétitif, automatique serait lié au fait que les structures cérébrales impliquées dans le renforcement négatif jouent un rôle prépondérant, avec également **la levée du frein normalement exercé au niveau des régions corticales.**

21

Le mal-être des sujets addicts

- On comprend mieux actuellement que ce n'est pas seulement la drogue qui va précipiter la rechute et gouverner la consommation. **Les facteurs environnementaux, l'état émotionnel négatif, la dysphorie jouent aussi un rôle important dans le renforcement négatif.** *« C'est pourquoi, insiste le Pr M. Naassila, un sujet addict à un produit est dans un mal-être tel que, de façon inconsciente, son seul moyen pour se soulager est de prendre le produit. Ce sujet a perdu le contrôle, il ne sait même plus pourquoi il consomme la substance dès lors qu'il est addict. »*

Jean Benjamin Stora "Vanessa" addiction

26/10/2014

23

Rencontre et pathologie de la patiente: le plaisir de boire de l'alcool.

- Vanessa, seconde de sa fratrie, a commencé à boire très tôt à l'adolescence dans le cadre d'un groupe musical. Lors des rencontres du samedi, les membres du groupe de jeunes musiciens passaient leur week end à s'alcooliser : « binge drinking ».
- L'alcool a fini par accompagner quotidiennement sa vie jusqu'au moment de notre rencontre thérapeutique. Vanessa avait 42 ans en 2010, au moment où elle m'a été adressée par son coach, mais j'ignorais qu'elle buvait. Vanessa est une manager du secteur de la Culture

Jean Benjamin Stora "Vanessa" addiction

26/10/2014

Étapes du déroulement thérapeutique

- L'anamnèse:
 - absence de la mère dans les premières années de vie du fait de son travail professionnel; forte identification à son frère aîné (+ 5 ans), et vécu d'un « tomboy » (garçon manqué). Aucune identification aux femmes, elle se vivait comme un garçon, puis plus tard un jeune homme détestant les femmes. Du fait de nombreuses passées seule avec son frère devant la télévision Vanessa a pris pour modèle idéal: Superman.

Première étape

- Dans cette première étape, nous étions en présence de manifestations pathologiques causées par son addiction: boire jusqu'à perdre conscience, et alii.; dans le déroulement des séances, des projection sur un mode hallucinatoire où apparaissaient des Imagos parentales terrifiantes. Cela faisant craindre des failles du Moi comme si le noyau psychotique affleurerait. Tout le matériel des séances renvoyait aux fixations sensori-motrices archaïques expliquant le recours à la dépendance addictive: alcool et cigarettes, et donc à l'absence de la mère..
- L'anamnèse avec des allers-retours présents révélait une potentialité de fonctionnement satisfaisant du système psychique; les rêves qu'elle faisait nous faisait découvrir un imaginaire très riche. Le préconscient semblait solide et bien constitué.

29

Relation à l'Objet: Le psychosomaticien dans sa fonction maternelle

- La deuxième étape s'est étendue sur les années 2012 et 2013 au cours desquelles progressivement **une internalisation de l'Objet** s'est effectuée. Le psychosomaticien comme imago maternelle temporaire.
- Nous avons pu accéder à cette étape après avoir interprété la dimension masochique de relation à l'agresseur. Une imago maternelle terrifiante des premières années de vie remplacée à l'adolescence par la dépendance addictive auto-destructrice.

Jean Benjamin Staro "Vanessa" addiction

26/10/2014

31

Une étape de sevrage progressive

- Un étape de réconciliation avec sa mère et son père, de rétablissement de liens affectifs grâce auquel la patiente a vu naître son désir de sevrage. (coexistence des imagos maternelles: la mère de Vanessa et le thérapeute) et, à terme, la mère de Vanessa comme imago maternelle internalisée.
- Je n'ai pu entreprendre la procédure délicate de sevrage qu'après avoir obtenu l'accord de Vanessa de suivre en même temps un groupe de lutte contre l'addiction alcoolique.
- Entreprendre un tel sevrage par le seul thérapeute est une entreprise fort risquée.

Jean Benjamin Staro "Vanessa" addiction

26/10/2014

Les aléas du sevrage

- Nous avons passé une période très difficile des 4 premiers mois au cours desquels de nombreux incidents sont survenus dont des hospitalisations.
- Grâce au soutien thérapeutique, au profond désir de la patiente et à l'aide des membres du groupe de luttres contre l'alcoolisme, Vanessa a pu s'engager dans le sevrage et résister à son désir de boire. Il s'agissait de ma part d'encouragements continus.

Le travail thérapeutique et ses conséquences neurologiques.

- Il s'agissait au niveau du principe de plaisir de travailler en profondeur pour trouver des sources substitutives de satisfaction pour compenser et remplacer dans le temps le plaisir de boire jusqu'à perdre conscience: Réorienter Eros et les pulsions de vie.
- Ce travail psychique est accompagné progressivement (environ 9 à 18 mois) de modifications neuronales destinées à rétablir un fonctionnement neurologique satisfaisant pour un retour au « renforcement positif ».

7 mois de sevrage

- Nous continuons la psychothérapie psychosomatique avec apparition de la problématique œdipienne non résolue à l'adolescence. **Vanessa supporte l'absence entre les séances et la frustration. Elle peut mentaliser l'absence et résister aux frustrations; elle ne m'écrit plus entre les séances.**
- Le sevrage ne pourra être considéré comme définitif qu'après la consolidation neurologique qui prendra selon l'expérience clinique de 9 à 18 mois. **En vérité il ne peut y avoir un sevrage parfaitement réussi que si les structures neurologiques déséquilibrées par l'addiction, sont rétablies dans leur fonctionnement.**

Jean Benjamin Stora

Professeur émérite, Psychanalyste, Psychosomaticien
Co-directeur DU de psychosomatique intégrative
Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière
Membre d'Honneur de la SFPI

<http://www.psychosomatique-integrative.net/>

Paris, le 18 octobre 2014

DE LA MALTRAITANTE A LA DEPENDANCE AU LIEN AMOUREUX – Laure d’Hautefeuille

*« Recherche le Royaume de l’Amour,
car ce Royaume te fera échapper à l’Ange de la mort. » Rumi*

Lorsque les premiers liens se sont constitués dans l’absence, le vide ou le chaos, quel terrain offrent-ils au sujet pour son édification et son autonomie ? Mme M. que je nommerai Regina a tant manqué des premiers liens qu’elle recherche inlassablement dans sa vie d’adulte un amour absolu. Elle a développé une dépendance au lien amoureux et multiplie les rencontres avec des hommes maltraitants en écho aux graves maltraitances qu’elle a subies dans son enfance. Je vous propose, après une brève présentation de la vie de la patiente, de regarder cette dépendance à travers les thèmes suivants que la thérapie a mis en lumière : le manque, la rage, l’abandon, la quête d’amour, et la répétition.

Nous regarderons, à travers ces différents thèmes, comment le lien peut se construire dans une pratique de psychanalyse intégrative.

Un jour de mai 2013 arrive sur ma boîte-mail un message, suivi d’une demande de rendez-vous : « Une abandonnique peut-elle rencontrer l’amour ? » Quelques jours plus tard une femme de 41 ans, tenue sophistiquée, peu ancrée au sol se présente à mon cabinet.

Placée à l’âge 6 mois, elle passe dans une douzaine de familles « nourricières » (ce sont ses mots) jusqu’à ses 2 ans et demi... Son premier souvenir, à cet âge-là : elle est avec l’Assistante sociale et son demi-frère âgé de 4 ans sur le palier, devant la porte de l’appartement de « La Folle » comme elle l’appelle, la mère d’une famille d’accueil, qui dit : « je veux bien prendre le garçon, mais pas la fille. ». Cette scène traumatique que nous avons revisitée lors de séances en EMDR, inaugure 15 années de rejet et de grave maltraitance dans cette famille qui prit finalement les deux enfants. Regina était exclue de la table familiale et mangeait sur coin du buffet, faisait ses devoirs dans la pénombre au fond du couloir, son cahier posé sur une glacière, était réveillée le matin à 6h pour faire toutes les corvées avant de partir à l’école, subissait des attouchements de la part du père, et quoiqu’elle fasse recevait insultes et coups, tandis que son demi-frère, le « pacha » disait-elle, était choyé. A 16 ans, devenue suffisamment forte pour résister, elle commence à se défendre et met par terre sa marâtre, puis vers 17 ans fugue et se

réfugie dans un commissariat où elle ose raconter son histoire. Elle est alors placée dans un foyer de jeunes.

Durant son enfance, elle passe un week-end sur deux avec son demi-frère dont elle subit les attouchements, chez sa mère biologique, « une femme dépressive qui prenait des médicaments », dit Regina. Cette femme eut 4 enfants de 4 hommes différents, Regina étant la dernière. Pas de jeux, pas d'échanges avec la mère, « on allait au café boire un coca ». Elle rencontre son père 5 fois dans son existence, « il était gentil, il me donnait une pièce de 10 francs, je l'aimais bien », dit-elle. Il mourut de maladie quand elle avait 12 ans, et sa mère se suicida 1 an plus tard, avec sur le cœur une photo de son 3^{ème} fils, celui qui vivait avec Regina. Entre 22 et 26 ans elle vit en couple avec un homme qu'elle dit très égoïste, et donne naissance à un fils, aujourd'hui âgé de 18 ans, qui vit avec elle.

L'Observation du non-verbal chez Regina

Par moment elle me regarde avec avidité ; elle s'installe avec un coussin serré sur son ventre, ce qui manifeste des traits de structure orale, scénario où l'enfant a vécu l'absence et l'abandon maternels. Par moment elle ne me regarde pas, profère des paroles « désaffectées » (cf Joyce Mac Dougall) ou bien a le front et les yeux écarquillés ; elle marche à petits pas, n'est pas ancrée au sol, voici des éléments de structure schizoïde, scénario où l'enfant a éprouvé la terreur d'être détruit par sa mère. Des éléments de structure rigide de type hystérique apparaissent lorsqu'elle me dit vouloir « tout comprendre » et qu'elle intellectualise durant toute la séance, avec un port de tête fier. Un symptôme de conversion hystérique : quand elle se sent mise en cause ou non respectée, elle perd sa voix, devient complètement aphone. Il lui arrive de la retrouver en séance, après un encouragement, une validation de ce qu'elle est, de son vrai Self.

Ses comportements dans la vie quotidienne

Elle passe de l'hyperactivité à la dépression. : Hyperactivité au travail et à la maison, achats compulsifs avec découvert bancaire, succession d'attachements rapides et éphémères avec les hommes, Tchats sur internet sur des sites de rencontre, ou à l'inverse, retrait dépressif dans son lit, abandon des temps de repas et des soins ménagers, absence de contacts, de relation et de lien d'amitié. « Je n'ai aucun, aucune amie, je ne sais pas ce que c'est ».

LE MANQUE

Regina dit qu'elle se sent « vide ». Elle dit aussi : « *je me sens morte à l'intérieur* ».

Qu'est-ce que ce vide et cette sensation de mort ?

Selon Balint, l'origine en serait le « défaut fondamental » ; selon Winnicott, le « défaut d'adaptation de l'environnement » et la « déprivation » ; selon Bowlby, un « attachement insecure » ; selon Joyce Mac Dougall « le manque précoce d'internalisation de l'instance maternelle sécurisante »... Ces différents termes font référence pour Regina à une relation déficiente avec sa mère dépressive, la « mère morte » dont parle André Green. Regina restée avec sa mère jusqu'à 6 mois, puis ballotée dans plusieurs familles, a introjecté peu d'éléments du bon objet maternel. Le Moi n'est donc pas soutenu par une image protectrice intérieure et va constamment rechercher à l'extérieur un substitut de l'instance maternante. Pour Regina, ce ne sera pas une substance, drogue ou alcool, mais un lien tendre de type maternant espéré et fantasmé dans une relation avec un homme idéalisé.

LA RAGE

A partir du moment où Regina est partie de sa famille d'accueil, vers 17 ans, et jusqu'à aujourd'hui, elle a mordu et déchiqueté chaque matin une brosse à dent, une par jour – elle les achetait par packs au supermarché. Un jour, après 6 mois de travail thérapeutique, à la fin d'une séance elle ouvre son sac et sort une brosse à dent qu'elle me tend : « j'en ai emmené une pour ne pas oublier de vous en parler. » Je suis impressionnée de voir l'état du plastique mordu et altéré, des morceaux manquent. Par ce rituel matinal elle attaque le mauvais sein qui l'a trop frustrée... Mais elle n'arrive pas à élaborer et dit seulement que ça la calme. Elaborer avec des mots adultes sur quelque chose qui se loge dans « le nourrisson en elle » n'est pas encore possible. Ce n'est que plusieurs mois plus tard, quand je lui en parle à nouveau et que je lui propose d'interpréter cette compulsion comme une manifestation de sa rage envers sa mère absente à ses besoins fondamentaux, que des larmes coulent sur ses joues, sans qu'elle ne profère aucune parole. Dès le jour où elle m'a montré sa brosse déchiquetée, elle a abandonné ce rituel. Quand en séance elle parle de ses relations difficiles avec les hommes, elle dit avoir les gencives agacées, la mâchoire contractée, et la gorge serrée. La rage bloque encore l'expression de la colère. Jean-Michel Fourcade parle de « rage impuissante avec des sentiments d'être vaincu par les forces extérieures » (in Les Patients-limites.)

Cependant après plusieurs mois Regina me parle de son prénom arabe qui signifie « Reine » et me dit : « *une mère qui vous donne un tel prénom doit bien avoir du bon, non ? C'est qu'elle veut du bien à son enfant ?* » Signe qu'elle commence à introjecter un peu de la bonne mère. Dans la relation de transfert, elle m'utilise comme la mère suffisamment bonne. Cependant lors des interruptions dues aux vacances l'abandon se rejoue chaque fois jusqu'à être insupportable.

L'ANGOISSE d'ABANDON

Cet « insupportable » arrive au printemps alors que je m'absente une semaine. Bien sûr je l'en ai prévenue à l'avance, et nous avons noté les rendez-vous suivants.

Mais l'angoisse d'abandon ravive des vécus archaïques proches du domaine de la mort. Sans soutien, sans soin, le nourrisson risque de mourir. Le lien que nous avons commencé à tisser est menacé de dissolution si je pars. Privée de ce lien Regina approche de la zone du « défaut fondamental ». Elle ressent la terreur d'une mort qui rôde. Elle me voit et me vit comme la mère défaillante. Alors pendant cette semaine d'absence, elle se rend à l'invitation d'une des clientes du magasin de vêtements qu'elle manage. Cette femme se présente comme « sophrologue et analyste ». Regina la voit deux fois. La « thérapeute » la confronte brutalement à tout son passé en la contraignant à lui apporter ses quelques photos d'enfance. De plus elle lui affirme qu'elle est incapable de rencontrer d'autres partenaires que des hommes identiques à ses parents maltraitants. Malgré ce choc, ou à cause de ce choc, elle retourne à une 2^{ème} séance, mais finit aux urgences où elle se rend seule, n'arrivant plus ni à respirer, ni à parler, et sentant des douleurs dans tout le corps ...Bien que le médecin qui la reçut lui dit qu'un thérapeute ne devait jamais vous mettre dans un tel état, et lui donna 6 jours d'arrêt de travail, elle vint au cabinet pour la séance prévue à mon retour en me parlant avec fierté de cette expérience, parce que *là, enfin il se passait quelque chose*. Mais ce que je vis était une vieille femme, presque méconnaissable, et complètement aphone. Les séances suivantes, Regina restait épuisée et abattue, son cycle menstruel était arrêté, bloqué comme sa voix, elle continuait d'être totalement aphone. Cela dura 2 mois, puis à l'approche des vacances d'été elle me signifia par texto qu'elle ne viendrait plus, annulant la séance de la semaine : « *Désolée en totale dépression depuis des semaines j'arrête tout. Vie inchangée. Totalement isolée. Merci.* » Pas d'agressivité manifeste envers moi, elle ne peut pas encore l'exprimer. Cette fois c'est moi qui me sens abandonnée. J'arrive tout de même à renouer un lien ténu, par texto,

jusqu'à nous mettre d'accord pour qu'elle revienne, mais *après l'été* demande-t-elle, car « *j'ai besoin de vacances...* » J'oscille entre le doute et l'espoir que le lien se restaure et qu'elle continue la thérapie.

LA QUETE : EXISTER POUR QUELQU'UN

« *N'existe pas* » est l'injonction parentale qu'elle a intégrée lors de ses premiers mois, et qui s'est renforcée par la suite dans sa famille d'accueil. « *Je n'existe pour personne. J'ai besoin d'exister pour quelqu'un* », sous entendu, *pour un homme*. Elle dit souvent cela avec une infinie tristesse. Elle prétend ne pas même être en lien avec les personnes de son entourage, ni même avec son fils qui vit avec elle. Elle cherche à être en lien et qu'il perdure, mais elle ne sait comment construire un lien. Elle s'attache très rapidement aux hommes rencontrés, et leur livre tout, son cœur, ses sentiments, son corps, tout de suite. « *Je plais trop* » dit-elle, « *mais on ne me voit pas telle que je suis*. » Elle est séduisante et désirable, les hommes attendent donc du sexe mais elle les déçoit, sa sexualité est « mécanique » (propos rapporté par un homme, qu'elle me répète, sans comprendre). Il y a maldonne car elle attend de la tendresse et une présence. La toute petite fille dans un corps de femme n'est jamais comblée ni apaisée, elle est considérée comme un objet et conviée à des jeux d'adulte.

Durant les séances l'environnement que je lui propose est d'abord une présence pour elle, à la juste distance, un « espace aéré » tel que le nomme André Green (dans *La folie privée*). Beaucoup de paroles s'échangent avec Regina, elle fuit la zone du manque originaire en m'entraînant au niveau mental. Elle me met en échec car mes réponses sont toujours imparfaites, incapables de combler le puits sans fond qui l'habite. Etant art-thérapeute, je pourrais lui proposer cette démarche non-verbale d'expression par la peinture ou l'argile à modeler, qui pourrait la mettre en contact avec son Moi. Mais pour créer quelque chose à partir d'elle-même, ce qui est au cœur du processus de l'Art-thérapie, Regina devra traverser l'abîme, se confronter à son vide, et je ne la sens pas encore prête. Cependant en septembre quand je la retrouve, je lui propose des séances d'Art-thérapie, elle refuse, paniquée devant cet inconnu d'où pourrait surgir des images terribles. Mais à la séance suivante, elle me le réclame. Je lui donne de l'argile à modeler ; elle me demande à quoi ça sert. « *C'est juste pour être en lien avec vous-même, au niveau du cœur* ». Elle est alors très touchée et garde le silence... Elle a commencé à construire en elle un espace intime, un « jardin secret » lieu de son vrai Self. Sa

capacité à être seule se construit en même temps. Lors des vacances d'hiver, elle a peint sa cuisine seule, pour la première fois elle s'est acquittée de travaux chez elle sans attendre qu'un voisin ne le fasse avec elle. Elle en est fière et heureuse. Elle ne ressent plus la frénésie de faire des achats et réduit son déficit bancaire à zéro jusqu'à rembourser un crédit trompeur. Très progressivement le « je veux exister pour quelqu'un » devient « je veux exister pour moi ».

LA REPETITION

Une question de Regina revient inlassablement : « pourquoi je tombe toujours sur des hommes mauvais, qui ne m'aiment pas... » Elle peine à élaborer et tourne en boucle avec ses mots. « Ce qui est demeuré incompris revient toujours, telle une âme en peine, jusqu'à ce que se soient trouvées solution et délivrance ». Freud, *Le Petit Hans*

Je tente de lui montrer le lien avec le vécu de son enfance, les habitudes de maltraitance, de mépris, de rejet, de l'utilisation perverse de son corps, mais cela glisse sur elle, elle écarquille les yeux, sa tête se vide. S'approcher du Moi tant abîmé par la maltraitance, ce serait raviver encore l'angoisse d'abandon. Regina se réfugie aussi parfois derrière le Destin qui serait le sien. En l'espace de 2 mois, elle a une relation avec G., puis S., puis O., puis R., puis V...De sa part, ce ne sont pas des rencontres sexuelles mais des tentatives de relations amoureuses et de lien durable.

La représentation du trauma passé est forclosée, éjectée hors de la conscience, et devient la proie de l'inconscient, qui va faire se répéter compulsivement la jouissance toxique, c'est-à-dire selon Nasio un agrégat « d'émotions aiguës, violentes et contradictoires » qui n'ont pas pu être représentées consciemment ni symbolisées. Et dans cette répétition, qu'est-ce qui appartient à sa mère, qui vivait seule malgré ses 4 enfants conçus avec 4 hommes différents ? Qu'a-t-elle transmis à Regina de ses propres angoisses d'abandon et de perte ?

Après l'été, Regina est revenue en thérapie. Elle a retrouvé son tonus, sa prestance, sa fierté et sa voix. Le symptôme de l'aphonie a évolué, et s'est déplacé. Désormais ce ne sont plus les atteintes narcissiques mais ses propres émotions d'empathie et d'affection qui lui font perdre la voix. Elle le constate avec plaisir comme un apprentissage en cours pour reconnaître ses émotions et les vivre. Elle a mis à profit le temps libre de ses vacances pour faire le ménage dans ses relations affectives, mettant en particulier « *un point final* » comme elle me le dit fièrement, à la relation de 2 ans avec un ex qu'elle appelait « The Dog », qui l'utilisait comme

objet sexuel, pour lequel elle avait un attachement fort, dont elle n'arrivait pas à se défaire. Elle le rencontre dans la rue, il s'approche et sans même lui dire bonjour lui lance : « écarte les jambes ! ». Le choc de l'interpellation insultante la fait définitivement sortir du fantasme d'une relation amoureuse. Elle se détache d'une jouissance toxique qui l'aliénait.

Au printemps, elle avait pris conscience que ces hommes de passage ne l'aimaient pas. En septembre, elle prend conscience et me le dit, qu'elle est « naïve : *« je suis naïve » car je reste une petite fille qui refuse de grandir, cela vient de moi, cela m'appartient, et je peux le changer* ». Ainsi une voie de sortie de la répétition s'ouvre à elle, avec ce rapatriement en elle d'une responsabilité : celle de la naïveté, Accepter sa part de responsabilité dans la compulsion lui permet de briser le cercle de la répétition. « J'ai commencé à mettre un pied chez les adultes ! » me dit-elle. Et tout récemment, elle me confie avoir pour la 1^{ère} fois une relation apaisée avec un homme « gentil » qui la respecte.

CONCLUSION

Il ne faut jamais désespérer.... J'avoue que lorsque Regina m'a écrit au début de l'été, : « j'arrête tout, vie inchangée », ma dose d'espoir était au plus bas. Non seulement j'étais une mauvaise thérapeute, mais aussi une mauvaise mère.

J'ai pensé à tout ce que je n'avais pas fait malgré les innombrables possibles que nous offre la psychanalyse intégrative. Mais dans une thérapie, quelle est la part du lien co-construit avec le patient ?

Alors que le lien avec Regina semblait rompu, j'y ai cru intensément, je l'ai pensé, je l'ai porté en moi ce lien, cela a-t-il permis en partie à la patiente de revenir ?

Pour une personne dépendante, la thérapie n'est-elle pas d'abord une thérapie du lien ?

Laure D'Hautefeuille

Psychanalyste intégrative

Art-Thérapeute

Membre praticien agréé de la SFPI

laure.dhautefeuille@gmail.com

Paris, le 18 octobre 2014

BIBLIOGRAPHIE

BALINT Michael, Le Défait fondamental, édition Payot, 1971

DUFOURMANTELLE Anne, En cas d'amour. Psychopathologie de la vie amoureuse. Edition Payot et Rivage, 2009

FERENCZI Sandor, Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, édition Payot, 1974

FERENCZI Sandor, Le Traumatisme, édition Payot 1982

FOURCADE Jean-Michel, Les Patients-limites, édition DDB, 1997

Mac DOUGALL Joyce, Théâtres du corps, édition Gallimard, 1989

NASIO J.-D., L'Inconscient, c'est la répétition !, édition Payot et Rivages, 2012

QUINODOZ Jean-Michel, La Solitude apprivoisée, édition PUF, 1991

WINNICOTT D.W., De la Pédiatrie à la psychanalyse, édition Payot, 1969

DEPRESSION ET ADDICTION– Pierre Van Damme

Les statistiques l'attestent, il existe une co-morbidité fréquente de la dépression et de l'addiction : Dans les troubles du comportement alimentaire, de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les jeunes, on trouve 30 à 50% de dépressifs. Chez les adultes, la dépression sous-jacente est souvent en cause (80%) et les tentatives de suicide avant la conduite toxicomaniaque sont présentes dans plus de 60%.

Cet intérêt pour regrouper dépression et addiction n'est pas nouveau : Sandor Rato, dès 1933, décrit des personnes souffrant d'une « dépression anxieuse » et qui ont un besoin d'euphorisants pour maintenir de manière artificielle une auto-estime et un narcissisme. Otto Fénichel, en 1945, analyse les rapports entre dépression et toxicomanie et invente l'expression « toxicomanie sans drogues » pour parler des nouvelles addictions que le déprimé utilise pour alimenter son narcissisme.

Quelques exemples cliniques issus de ma pratique confirment ce constat :

Dominique travaille 70 à 80 heures par semaine et souffre d'une boulimie du travail ; elle vient masquer un fond dépressif qui s'exprime avec violence au moment d'une séparation.

Annie souffre d'épisodes dépressifs à répétition à chaque fois qu'elle vit une séparation au travail ou dans sa vie sentimentale ; ils sont accompagnés de tentative de suicide, de repli, d'arrêt de travail, de prise de médicaments et d'une dépendance au tabac et à l'alcool.

Marie traverse une longue période dépressive après le décès de sa mère et un divorce subi la même année ; des comportements addictifs apparaissent dans plusieurs domaines : nourriture, alcool, achats compulsifs.

Marco a peu de réactions de deuil après le suicide de son fils schizophrène et une rupture sentimentale. Par contre, la dépendance au cannabis et à l'ordinateur par une collection d'images pornographiques le coupe de la réalité.

Corinne a des cycles de boulimie et d'anorexie depuis l'adolescence ; elle souffre d'une impossibilité de faire le deuil de l'enfance et du pays de ses rêves : le Maroc ; elle a une image de soi très dépréciée et négative d'elle-même et un comportement d'échec et de passivité.

Comment comprendre cette co-morbidité et la fréquence de ces symptômes associés chez nombre de nos patients ?

COMPRENDRE

1- Dépression et addiction seraient-ils des phénomènes liés à la société ?

Ehrenberg (1998), sociologue, s'est intéressé à l'émergence de ces nouvelles pathologies dans un moment où se perdent les valeurs liées au travail, à la famille, au couple ou plus encore, à une confusion de repères multiples, dans un contexte de changement normatif.

La discipline et l'obéissance ont laissé la place à l'indépendance à l'égard des contraintes sociales. La vieille culpabilité bourgeoise et la lutte pour s'affranchir de la loi des pères (avec Œdipe) cède le pas à la peur de ne plus être à la hauteur, le vide et l'impuissance qui en résultent (avec Narcisse). La personne, agie hier par un ordre extérieur ou par conformité à une loi, prend appui sur ses propres ressorts et se retrouve sans guide : « *Dans la nouvelle normalité et la nouvelle pathologie, il s'agit moins d'identification aux images parentales bien dessinées ou des rôles sociaux bien établis que d'affirmation d'identité et de soi.* » D'où l'importance des pathologies narcissiques, états limites, dépressives. « *Si la névrose est un drame de la culpabilité, la dépression est une tragédie de l'insuffisance* ».

Mais quel est le lien entre ces deux pathologies : dépression et addiction ? Le vide dépressif et le plein addictif seraient-ils les polarités d'un même phénomène ? L'un peut-il engendrer l'autre ? Peuvent-ils interagir pour se renforcer ?

2- L'addiction serait-elle une défense contre la dépression ?

« L'addiction est un moyen de lutter contre la dépression ; elle abrase les conflits par un comportement compulsif... Les addictions incarnent l'impossibilité d'une prise complète de soi à soi : le drogué est l'esclave de lui-même... Si la dépression est l'histoire d'un introuvable sujet, l'addiction est la nostalgie d'un sujet perdu » (Ehrenberg, 1998, 18). La dépression est l'ombre familière de l'homme fatigué d'entreprendre, de devenir

seulement lui-même et tenté de se soutenir jusqu'à la compulsion par des produits ou des comportements addictifs.

Cette bipolarité dépression-manie se retrouve naturellement dans la maladie cyclothymique ou maniaco-dépressive. Par contre, dans le cas de trouble de l'humeur monopolaire, le mode de défense nécessite le recours à des produits externes et artificiels pour procurer les mêmes effets d'oubli, d'euphorie et de déni de la réalité...« *Une tendance dépressive est souvent sous-jacente à la conduite toxicomane : une carence de l'estime de soi, des failles dans l'organisation du narcissisme peuvent pousser certains sujets à rechercher dans la drogue un moyen artificiel et rapide de restauration du moi, voire de triomphe mégalomane* »
(Guelfi, 580).

Cette lutte contre les affects dépressifs se retrouve dans la terminologie des 'dépressions masquées' fort utilisée chez les enfants et les adolescents dans l'agitation, le passage à l'acte, les troubles du caractère, l'agressivité, la dérision, la fuite, l'absorption d'aliments ou de produits de tout genre, cherchant à masquer ce qui est sous-jacent au fond.

On retrouve donc deux pôles opposés d'une même réalité dans la description de ces deux syndromes: triste - gai, inhibition - exaltation, passivité - activité, vie - mort...

Chez la personne dépressive et/ou addictive, on retrouve souvent les mêmes images et croyances très négatives et pessimistes de soi et du monde..., d'où la question, la personne addictive serait-elle une personne dépressive qui s'ignore ?

3- La dépression est-elle conséquence du sevrage ?

Si l'addiction peut être une manière de lutter contre la dépression, la dépression est un des risques majeurs de décompensation dans le sevrage brutal et rapide de certaines addictions comme l'alcool, la drogue ou la boulimie. Après avoir connu la plénitude ; la confrontation au manque et à la frustration devient quasi insupportable et conduit à combler autrement par l'agitation, la violence, la tentative de suicide, la recherche éperdue du produit manquant ou l'utilisation des produits de substitution. Ayant enfin pu réaliser le deuil de sa relation au produit, le client se retrouve dans un état dépressif

avec la sensation de vide existentiel et identitaire. Ainsi Annie passe à l'acte après un sevrage brutal de l'alcool : elle se coupe la carotide lors d'une sortie de l'hôpital « *Renoncer à la drogue se paie de cette nostalgie qui à tout moment peut basculer dans la mélancolie.*

Pour lui, il n'y a pas de temps à espérer, ni pire à redouter que tout ce qu'il a déjà vécu. » (Olievenstein). Mais que penser de la tentative de suicide?

4- La tentative de suicide peut-elle être une forme limite d'addiction ?

La tentative de suicide est une réponse fréquente et ultime du désespéré, notamment dans la forme sévère qu'est la mélancolie. La tentative de suicide a été parfois décrite comme une forme limite d'addiction quand elle est utilisée à répétition notamment chez l'adolescent. La jouissance liée à ce passage à l'acte quasi masochiste serait une réponse et une lutte contre l'affect dépressif recherché de façon compulsive (Bailly et Parquet, 204). Le fantasme ordalique fait appel au jugement divin dans la conduite à risque, vécue comme une épreuve initiatique ; elle fait éprouver la mort tout en laissant à l'accidenté sa chance de survie afin de puiser une force de vivre dans cette expérience dont il sort vainqueur et tout puissant.

Ces pathologies dépressives et addictives sont classifiées habituellement comme syndromes cliniques. La question se pose alors : sur quel fond de personnalité ces pathologies apparaissent elles ?

5- Dépression et addiction émergent-elles sur un même fond de personnalité ?

Les manuels de psychopathologie et de psychiatrie décrivent une vulnérabilité dépressive chez la personnalité évitante, obsessionnelle, dépendante, narcissique ou limite. La personnalité évitante a tendance à fuir le contact et la réalité difficile ; la fuite dans les addictions est une réponse possible dans un ailleurs différent quand la réalité devient trop insupportable. La personnalité obsessionnelle compulsive est envahie d'idées obsédantes et lutte contre des agirs compulsifs envahissants, comme l'addiction à la sexualité ou l'alcoolisation, par des rituels d'ordre ou de propreté. La personnalité dépendante est sensible aux situations de solitude et d'abandon et, à défaut d'une dépendance à une personne, il peut devenir dépendant à un produit. La personnalité narcissique est décrite avec

une idéalité d'elle-même ou d'un objet externe; si cette idéalité s'effondre sous forme de chute dépressive et de désillusion, le sujet peut alors rechercher un rêve, un ailleurs dans l'addiction, qui, cette fois ci, ne le décevra pas.

La personnalité limite est sans doute celle qui est le plus sujet à l'instabilité de l'humeur et à des addictions multiples. Concernant Marie, il s'agit de dépense compulsive, de conduites de boulimie et d'alcoolisation. Bergeret (1990, 14 à 28) décrit d'ailleurs une forme particulière de dépression propre aux états limites appelé dépression essentielle ou dépression limite. Ce qui est à l'avant plan, c'est l'angoisse de la perte d'objet, l'absence de sentiment de valeur de soi, un sentiment d'isolement, des angoisses d'abandon, de perte de conscience, accompagnés de symptômes physiques, d'hypochondrie et d'idées suicidaires.

6- Les antidépresseurs seraient-ils une addiction légale ?

Nous sommes en France les premiers consommateurs au monde de médicaments psychotropes et particulièrement d'antidépresseurs. Ils sont prescrits par les médecins traitants ou les psychiatres pour une durée de six mois à un an afin d'éviter les rechutes ; ils n'entraînent pas, en principe, de dépendance physique mais par contre de la dépendance psychologique. S'ils sont utiles et complémentaires à la psychothérapie pour des dépressions avérées, ils sont parfois prescrits pour de fausses dépressions qui s'avèrent en réalité des moments de deuil à traverser. Les antidépresseurs ne seraient-ils pas des addictions légales ? L'automédication fréquente amène à toutes les dérives et abus jusqu'à la tentative de suicide. On parle alors de pharmaco-dépendance.

Philippe Pignare (2001) s'élève contre ces abus : « *Le risque des médicaments est de permettre à l'institution de ne pas se remettre en question, on endort le mal et on ne soigne pas les maux sociaux, relationnels, de perte d'identité et de valeur* ». Il met en cause le lobby des laboratoires pharmaceutiques qui prétendent parfois concurrencer les psychothérapies et survalorisent le pragmatisme : c'est le médicament qui définit la dépression. C'est la méthode essais erreurs : « *modifiez les molécules et essayez.* ».

Ehrenberg confirme cette contestation : « *Les médications anti-dépressives sont susceptibles de créer assez vite de véritables toxicomanies, créant une euphorie de surface et nullement de bonheur* ». Et Pierre Fédida (2001) ajoute : « *La remédicalisation de la dépression, par un excès d'usage des antidépresseurs, est le point d'aboutissement d'une lente abrasion du tragique de l'expérience humaine. Il y a surinflation du pharmaceutique au détriment des espaces de parole.* » La pilule du bonheur, contrairement aux idées reçues n'existe pas !

7- Y aurait-il des points communs entre l'étiologie des dépressions et des addictions ?

Le concept de régression peut relier ces deux expériences : « La régression constitue un retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expression antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales, face à un danger interne ou externe, susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration »

(Ionescu, 1997, 256). Ne peut-on pas appliquer cette définition à la dépression et à l'addiction? Dans la dépression, il y a un retour à un mode de pensée ralenti, une difficulté à se souvenir, à rêver et à créer, une parole difficile, la confrontation au vide, l'envahissement ou la coupure des affects, des somatisations importantes souvent douloureuses ou l'anesthésie des sensations physiques. Le corps parle quand la pensée ne peut plus s'exprimer. Tout semble s'arrêter ; c'est la perte de l'élan vital. Dans l'addiction, c'est le passage à l'acte impulsif qui signe la régression à un mode d'expression archaïque. C'est l'image même de la régression par la fuite de la réalité, l'abandon à des rêveries hallucinatoires et la recherche d'un paradis perdu et dépassé.

De plus, la relation est pré-objectale pour l'un comme pour l'autre. Le dépressif est en quête d'un objet perdu et aimé ; soit l'autre est incorporé et idéalisé pour combler le vide dans la mélancolie ; soit la relation est de type anaclitique, l'autre n'étant là que pour s'appuyer dessus pour tenter de remonter à la surface, dans la dépression limite (Bergeret, 1972). La personne addictive incorpore un produit qu'elle idéalise pour combler un vide affectif, rechercher des sensations physiques de complétude pour remplacer une personne manquante ou défaillante ; la dépendance rend impossible une séparation et une individuation.

De nombreux auteurs ont tenté de décrire les stades précoces où semblent retourner les dépressifs et les dépendants. Prenons quelques exemples : Freud, Abraham, Klein pour les théories pulsionnelles, Spitz, Bowlby, Winnicott pour les théories relationnelles

Freud (1915) a rapproché la description du deuil et de la mélancolie dont le point commun est la perte d'un objet aimé voire idéalisé. La dépression traduit le deuil impossible de l'objet perdu. L'addiction est un déni de la perte, une tentative de garder en soi le paradis perdu. Karl Abraham précise que la mélancolie est une forme archaïque de deuil : le dépressif a régressé de façon privilégiée à un stade oral ou cannibalique, avec sa traduction clinique fréquente du refus ou du dégoût alimentaire qu'on retrouve dans l'anorexie. La personne addictive, en incorporant un produit, est dans une avidité orale et resterait à ce stade sadique oral. Pour Mélanie

Klein, le moteur des ruptures dépressives serait la réactivation à l'âge adulte des sentiments contradictoires et ambivalents d'amour et de haine, vécus par le jeune enfant lors de la position dépressive, au cours du second semestre de la vie.

L'addiction constitue un déni de la perte et une impossibilité de franchir cette position dépressive.

Spitz a décrit un état de déprivation maternelle chez des enfants hospitalisés, lié à la perte du lien privilégié avec la mère, d'où l'expression de dépression anaclitique (du grec anacliteïn : s'appuyer sur). De même, la conduite dépendante prend racine dans une façon anaclitique d'entrer en relation avec le monde. Bowlby envisage la dépression comme la rupture d'un lien d'attachement, besoin inné et primaire de contact social, en raison de séparations ou d'expériences de perte précoce. De même, la séparation prématurée et répétée conduit l'enfant dépendant à trouver des adjuvants et des substituts pour compenser la souffrance due à l'absence. Winnicott, enfin, parle de défaut de transitionnalité chez l'enfant et l'adolescent pour traduire cette incapacité à se séparer et à supporter l'absence chez la dépression comme dans l'addiction.

Ces quelques auteurs mériteraient plus de développement mais montrent au moins un point commun entre la dépression et l'addiction : la régression à de stades précoces où se constituent les premiers liens vitaux et l'estime de soi. On retrouve chez ces pathologies des difficultés à métaboliser les enjeux d'attachement et narcissiques (Delisle, 2004). S'appuyant sur ces différents auteurs, le thérapeute va permettre de diversifier des regards pluriels sur la souffrance de son client et l'ouvrir à des hypothèses créatrices nouvelles de sens.

8- La Gestalt- thérapie avec sa théorie du self peut- elle nous apprendre sur le fonctionnement commun des personnes dépressives et addictives?

Dans le cycle de contact - retrait, l'observation des étapes précoces du deuil nous informe sur ce qui se joue dans la dépression (Ann Clarck, 1990, 16). La fixation au retrait est la caractéristique de la dépression : dans le retrait, il y a désintégration, désir de mort et impossibilité de former une nouvelle figure ; émergent alors des sensations de rien, de flou et de brouillard, qui bloquent tout processus de transformation. C'est le vide stérile ...

Dans les conduites addictives, nous sommes plutôt dans la phase d'émergence du début du cycle. Pour éviter de rester dans le vide, l'expérience s'organise de façon chaotique et rapide par un passage à l'acte impulsif qui met un terme à l'angoisse de mort sous jacente à l'affect dépressif. Ce mécanisme d'urgence vient scotomiser le déploiement du cycle et fait passer directement à l'étape du plein contact en provoquant un soulagement. Par contre, la retrait est quasi impossible, d'où la recherche avide d'une nouvelle complétude. *« L'appel permanent aux objets du monde extérieur est un moyen de remplir le tonneau des danaïdes qu'est l'intériorité des déprimés. Le vide apparaît comme espace à combler...Si, par hasard, il est conscientisé et ressenti, cela devient intolérable et entraîne l'insatiable recherche*

de l'objet pour combler la béance, à incorporer massivement ... » (Delacroix, 1991, 52)

Nous sommes sous le mode du ça ; la fonction je est amoindrie dans ses dimensions d'orientation et de décision. Les résistances classiques le plus à l'œuvre sont l'introjection dans les messages de nullité ou de fatalité sur la vie et la mort,

l'incorporation de l'autre perdu ou d'un produit de substitution ; la projection sur l'autre perdu d'images idéalisées ou, à l'opposé, la projection sur le monde d'images négatives d'incapacité ou de rejet ; la confluence avec l'autre comme déni de la perte et l'absence d'émergence de figure claire ; la déflexion dans l'agitation ou les rêves, la fuite dans un ailleurs artificiel qui évite la confrontation à la réalité ; la réflexion massive dans les somatisations ou dans le retour de l'agressivité sur soi (suicide ou conduites à risque). Le patient dépressif et addictif utilise aussi des défenses archaïques comme le déni, l'idéalisation, le clivage, l'anesthésie, l'oubli, au détriment d'autres défenses plus élaborées et mentalisées qui s'avèrent défailtantes ; c'est un ultime recours pour éviter la maladie grave, la mort ou la folie.

Si le dépressif et la personne addictive ont des points communs dans leur fonctionnement et leur histoire, sans doute y a-t-il une manière similaire voire complémentaire d'accompagner la souffrance vers sa résolution et le changement.

ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT

1- En premier lieu, travailler en réseau.

La dimension biologique, psychologique et sociale de la dépression et de l'addiction pousse le praticien à ne pas travailler seul mais à travailler en réseau dans des lieux et avec des fonctions complémentaires : fonction médicale pour prescrire l'antidépresseur ou permettre le sevrage d'un produit ; fonction psychologique avec un psychologue pour travailler le vide dépressif ou le plein addictif ; fonction sociale par un soutien dans la réalité de la vie et par un travail en groupe pour se sortir de l'isolement et de la honte.

2-Le travail sur le vide est le thème central.

Les dépressifs sont confrontés au vide et les personnes addictives masquent le vide par le plein. Les aider à contacter le vide, le désir de rien, la mort est un passage obligé pour approcher et apprivoiser cette angoisse et lui donner une forme.

« .Le vide, c'est une échancrure...C'est un puits, un gouffre comme une faille dans la terre...
».Marie. Pouvoir repérer une expérience de vide, la vivre dans l'ici et maintenant de la séance permet de reconnaître l'angoisse de fond sous jacente que

Marie s'évertue de nier par des tas de stratégies différentes (remplir par les mots, l'agir, les addictions, le désordre et la dispersion...) et de commencer à l'appivoiser et lui donner du sens...Cela l'a ramené à des sensations précoces où, toute petite, elle ne s'est pas sentie entourée, tenue, soutenue, avec un sentiment d'être « laissée tomber ».

Mais qui est-il, le thérapeute ? Que représente-t-il pour la personne dépressive et addictive?

3- Du déni de l'altérité à l'émergence d'un autre

Sur le plan transférentiel, le thérapeute n'existe pas vraiment pour le dépressif, encore moins en tant qu'être sexué. « J'ai le souvenir de quelqu'un de paisible mais non sexué...J'ai trouvé un havre de paix...» (Annie). «J'avais l'image que tu étais un pilier central d'un manège de chevaux de bois mais avec une plateforme ...Toi, tu es au centre et moi je peux faire des allers-retours, aller chercher des choses à l'extérieur et les ramener »(Marie). On se situe ici dans un espace pré-objectal, en deçà d'une relation...Le thérapeute est avant tout une ambiance, un accueil, un lieu sécurisant, un repère, un contenant où le patient peut déverser toute sa détresse, son angoisse et peu à peu, prendre forme comme être existant et désirant.

« Le thérapeute s'offre dans un premier temps comme objet anaclitique jusqu'à ce que la position dépressive s'élabore. En tenant cette place de bon objet, le thérapeute va permettre qu'un lien suffisamment fort se tisse et que la représentation de soi puisse être reconsidérée, grâce à l'introduction de nouveauté dans les figures figées de représentation... » (Lismonde, 1994, 84).

La relation addictive, en maintenant l'autre à distance, est une défense contre la dépendance affective au thérapeute et laisse peu de disponibilité pour la relation : *« l'aménagement pervers est un déni total de l'altérité de l'objet qui est investi non comme source d'échange mais comme protection et source minimale d'excitation pulsionnelle. Le lien objectal est réduit à un contact en surface qui évite les dangers de l'intériorité et de la perte. »* (Fernandez et Catteeuw, 2002).

Pour dialoguer, il faut être deux. Promouvoir l'avènement du sujet comme être différencié permet peu à peu à la personne dépressive et addictive d'identifier un autre, en la personne du thérapeute, avec qui rechercher un sens à sa souffrance.

La relation en face à face mais aussi de groupe contribue à faire émerger ce sujet différencié.

4 – Le groupe comme lieu de régression et de confrontation.

Le groupe permet au client dépressif comme à la personne addictive de trouver un soutien, un lien avec le vivant, une communauté d'humains avec qui interagir, un lieu de résonance qui le nourrit et réactive toutes ses expériences de souffrance autour de la perte, de la séparation ou de l'abandon, souvent fréquents dans son histoire de vie. Il s'agit d'aménager le cadre thérapeutique groupal, dans le sens d'un lieu à la fois structurant à travers ses règles mais aussi gratifiant et nourrissant, tel une « mère justement bonne » qui accompagne la relance du processus de croissance.

Le travail de groupe donne une place plus importante à l'approche émotionnelle et corporelle et à la régression que ne favorise pas toujours le travail en face à face : « *se trouvent réactualisées des relations primitives à la mère-groupe, le groupe devenant le corps fantasmé de la mère* » (Fourcade, 1997, 287).

Après la régression vient la confrontation. Le travail sur l'agressivité est particulièrement important avec une personne dépressive et/ ou addictive : dégeler les affects de tristesse, cela n'est déjà pas facile mais permettre de contacter la colère pour un dépressif, qui a souvent peur de détruire l'autre et veut le réparer, c'est encore plus périlleux. De même, la personne addictive masque son agressivité par un gavage et noie la colère par un trop plein d'excitations qui font retourner l'agressivité contre soi. Apprendre à dire, à écrire, à crier, à se mobiliser corporellement, travailler ses capacités énergétiques et de créativité alors que tout est mis au service de l'inhibition, de la rétroflexion et de l'incorporation, cela prend du temps. Bergeret (1999, 164) parle de violence archaïque chez le dépressif-limite qui est « *une manifestation instinctuelle brutale devant l'image encore floue d'autrui dans l'angoisse qu'il n'y ait pas de place pour deux au soleil.* »

5 – Restaurer un lien perdu et vivre la fin de la relation

Peut-on restaurer un lien perdu, occulté par un objet substitutif et permettre au dépressif de vivre un moment de réparation ? Un jour, Annie travaille sur son sentiment de vide et vit l'expérience de se lancer dans les bras du groupe : « *Ce qui m'a frappé, quand je me suis jeté dans le vide, c'est que vous m'avez rattrapée...J'ai eu envie quelques secondes de me débattre puis j'ai lâché prise ... J'ai pu recevoir la chaleur et la douceur du groupe...* » Et elle fait le lien avec un rêve où elle se retrouve enfant dans le froid des draps de l'hôpital à 17 mois. Il y a une restauration possible quand il y a reconnaissance et identification des expériences passées... En acceptant de se laisser toucher physiquement et émotionnellement, Annie renonce à rester l'enfant victime et solitaire qu'elle a été longtemps. Elle redonne l'impulsion à la vie. Le travail ne se limite pas à reconnaître l'étendue des dégâts mais à poser un acte de foi et d'amour sur l'enfant blessé mais aussi sur l'enfant plein de ressources et de vitalité et ainsi relancer le processus de vie et de croissance... Cela rejoint les conclusions de Marie José Florent (2001, 158) qui pose l'acte de créer dans le deuil comme « *une manière de réparer le lien perdu pour en faire un lien intériorisé.* »

Achever un cycle de thérapie et favoriser le passage à vide pour se rendre disponible à une nouvelle expérience est une étape incontournable pour les dépressifs et les personnes addictives. Sinon, le risque de créer une nouvelle addiction à la thérapie est grand. La fin de thérapie est menacée par des sentiments d'incomplétude, de déchirure, de désir de destruction du bon objet, d'invalidation, des craintes de perte de l'autre ou de perte de soi. Le thérapeute a pour fonction d'aider le client à conscientiser tous les mécanismes qu'il met en place, à dépasser l'amertume réactionnelle des premiers temps et à faire le deuil d'une relation idéalisée. C'est à ce prix qu'une acceptation de l'incomplétude, inhérente à toute expérience humaine, pourra se faire.

CONCLUSION : DES BIENFAITS DE LA DEPRESSION ?

Peut-être pourrions-nous parler avec Pierre Fédida des bienfaits de la dépression « parce qu'elle survient dans des moments où la vie cherche à se protéger et à se transformer... Mais pour cela, il faut être deux, donner du temps à l'écoute, au silence. Alors, et alors seulement, la pensée, la parole et l'action redeviennent possible... »

Staemmler (1999) voit le processus régressif comme un manque d'auto-soutien.

Dans la dépression de type anaclitique comme chez la personne addictive, il a manqué, à un stade précoce du développement, un soutien et une saine dépendance. C'est ce que va permettre de vivre l'espace thérapeutique, tel un sas ou une écluse, où s'apprivoise une relation de dépendance, qui amortit la chute dépressive, aide à supporter le sevrage de l'objet de substitution et permet de trouver une base sécuritaire, un filet de sécurité pour oser se risquer à l'aventure de la vie et relancer le processus de croissance.

Il s'agit de mettre en place soutien et étayage pour traverser ensemble la crise dépressive et favoriser le passage à la dépressivité, consistant en la capacité à se confronter à la réalité, le renoncement à la toute-puissance, la création de sens par les mots et l'acceptation de mettre à la surface toutes les frustrations et les souvenirs douloureux enfouis.

Pierre Van Damme

Psychologue clinicien et psychothérapeute d'enfants et d'adultes depuis 30 ans dans la région de Lille. Membre titulaire de la SFG; co-fondateur de CHAMP-G.
Auteur de 'Passagers de la vie' (Champ-G Recherche, 2003).

BIBLIOGRAPHIE

- ASSIMACOPOULO Stéphanie, du manque à la plénitude
Revue gestalt n°23, pp151 à 165
- BAILLY D, PARQUET J Ph, une conduite addictive, la tentative de suicide
in VENISSE et coll, les nouvelles addictions, Masson, Paris 1990, p 204 à 210
- BAILLY et VENISSE , dépendances et conduites de dépendance
Masson, Paris, 1994, 231 p
- BERGERET Jean et coll – Narcissisme et états limites.
Dunod, Paris, 1999, 246 p
- CLARK Ann (Gestalt Journal, 1982) – Deuil et Gestalt-thérapie.
Trad. document de l'institut de Gestalt n° 30, Bordeaux, 1990, 21 p
- DELISLE Gilles (1991) - Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste.
Les éditions du reflet, Ottawa, 1993, 220 p
- DELISLE Gilles –les pathologies de la personnalité, perspectives développementales
Les éditions du reflet, Ottawa, 2004, 248 p
- EHRENBERG Alain- la fatigue d'être soi, dépression et société
Odile Jacob, Paris, 1998, 414 p
- FEDIDA Pierre – Des bienfaits de la dépression, éloge de la psychothérapie.
Odile Jacob, Paris, 2001, 259 p
- FERNANDEZ Lydia, CATTEEUW Michelle- Cliniques des addictions
Nathan université, Liège, 2001, 161 p
- FLORENT Marie José – Créativité et travail de deuil.
Revue Gestalt n ° 21, SFG, 2001, p157 à 174
- FOURCADE Jean Michel – Les patients limites.
Desclée de Brouwer, Paris, 1997, 324 p

- GUELFJ Julien Daniel, Psychiatrie
PUF fondamental, 1987, Paris, 932 p
- IONESCU Serban et coll, - Les mécanismes de défense, théorie et clinique.
Nathan, Paris, 1997, 317 p, pp256 à 263
- LAPLANCHE Jean et PONTALIS J. B.(1967, Paris)- Vocabulaire de la psychanalyse.
PUF, Paris, 1976, 523 p, pp 400 à 403
- LISMONDE Dominique – La dépression au regard de la théorie des relations d’objet.
SFG, Lille, actes mars 1994, p 81 à 97
- MAZET Philippe, STOLERU Serge – Psychopathologie du nourrisson
Masson, Paris, 1998, 278 p, 164 à 170
- PEDINELLI Jean Louis et coll , psychopathologie des addictions
Nodules PUF, Paris1997, 124 p
- PIGNARE Philippe, comment la dépression est devenue une épidémie ?
La découverte, Paris, 2001, 153 p
- STAEMMLER Franck M (Gestalt journal, 1997) – Vers une théorie des processus régressifs en Gestalt-thérapie.
Cahiers de Gestalt-thérapie n° 5 p 195 à 224 et n° 6 p 143 à 174, Bordeaux, 1999
- VANDAMME Pierre, L’espace temps de la psychothérapie, Champ-G recherche, Roubaix, 2014

RECHERCHE BIOGRAPHIQUE, CLINIQUE NARRATIVE ET ALCOOLOGIE CLINIQUE - Christophe Niewiadomski

Après avoir brièvement indiqué les domaines susceptibles de relever aujourd'hui du champ de la recherche biographique, nous verrons que le point de convergence entre ces différentes pratiques s'organise autour d'un repère central : l'attention clinique portée à la reconstruction narrative de l'histoire de vie d'une ou de plusieurs personnes par le récit oral et/ou écrit de celle-ci.

Rapportée au domaine de l'alcoologie clinique contemporaine, notre intervention s'attachera à préciser la place de la recherche biographique et les perspectives offertes par une « *clinique narrative* » dans l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool. Nous tenterons ainsi de préciser l'importance de la réintroduction de l'histoire de vie du sujet alcoolo-dépendant au bénéfice d'un travail de « relecture existentielle » dans le processus thérapeutique.

I. L'injonction biographique à la réflexivité dans la modernité avancée

On conviendra que dans le contexte de nos sociétés contemporaines, l'obligation à la réflexivité est devenu l'une des caractéristiques essentielles d'un mode d'existence où l'individu se doit de faire face à l'insécurité mentale et à la prise de risque qu'imposent les incessants changements auxquels il se trouve soumis. Confronté aux choix incessants, à la liberté, mais également à la contrainte d'estimer en permanence l'orientation de son action, « *l'individu est invité à devenir toujours plus autonome, responsable, mobile, capable de s'affirmer, de choisir son destin mais semble, toujours plus aussi, plier l'échine sous le fardeau d'être soi et d'avoir à trouver sa place.* »⁵

Cette sommation à la réalisation individuelle est donc à la fois le signe d'une profonde modification des rapports qui se sont installés entre l'individu et le social, mais également la marque d'une transformation de la perception du regard que l'individu porte sur lui-même au

⁵ Gaulejac V. (de) ; Hanique F. ; Roche P. (2007) La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques. Paris, Erès, p 7

point que l'on peut sans doute affirmer que l'interrogation sur soi est devenue l'une des caractéristiques principales de la modernité. En ce sens, l'individu se trouve désormais soumis aux exigences de ce que Christine Delory Momberger nomme la « condition biographique ». Elle précise : « La condition biographique désigne ainsi un renversement du rapport historique entre l'individu et le social, dans lequel les conséquences sur les existences individuelles des contraintes sociales et économiques et des dépendances individuelles sont perçues comme relevant d'une responsabilité individuelle et d'un « destin personnel » (...) Dès lors, chacun est renvoyé à la construction réflexive de sa propre existence, à sa biographie, - entendue ici non pas comme le cours réel, effectif de la vie, mais comme la représentation construite que s'en font les acteurs-, et à sa capacité de biographisation des environnements sociaux »⁶.

Ainsi, l'attention à la singularité devient aujourd'hui un enjeu majeur de la recherche en sciences humaines et sociales en tant qu'elle constitue une voie privilégiée pour appréhender la complexité des rapports de co-émergence entre les individus et la société. Danilo Martuccelli, interrogeant les possibilités d'analyse de ce phénomène de la montée des singularismes, souligne : « Si le thème central est l'expansion de la singularité, pourquoi opter pour une sociologie faisant d'une manière ou d'une autre des individus le lieu de prégnance de l'analyse ? Parce que la singularité, à la différence d'autres grandes tendances sociétales (la rationalisation, la différenciation, la mobilisation...) ne prend sens, ne prend en tout cas tout son sens, qu'à partir de son saisissement par les individus. Inséparable, presque par définition, d'une dimension qualitative, elle contraint à accorder aux expériences individuelles une importance et une centralité analytique inédites. »⁷

Dès lors, l'une des voies possibles pour l'étude des expériences individuelles de l'individu contemporain réside à notre sens dans l'attention à porter à la recherche biographique et aux approches qui s'en réclament. Celles-ci, vont en effet permettre l'accès à la manière dont les individus biographient leurs expériences, leurs environnements sociaux, comment ils se construisent en se racontant, mais aussi à la façon dont le biographique permet de rendre compte d'un fait social traduisant la montée de l'individualisme réflexif.

⁶ Delory Momberger C. (2009) *La condition biographique. Essai sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris, Téraèdre. pp. 22-23.

⁷ Martuccelli D. (2010) *La société singulariste*. Paris, Armand Colin. p.30

II Approches biographiques et recherche biographique

La notion « d’approches biographiques » renvoie à des pratiques parfois très diverses, mais dont le point de convergence minimal s’organise autour de l’attention portée à la narration et au récit de l’histoire d’un ou de plusieurs individus. Ainsi, pratiques autobiographiques, récits de vie, histoires de vies individuelles ou collectives... s’inscrivent toutes dans la perspective du champ qui nous occupe et constituent par ailleurs des objets d’étude dont s’emparent aujourd’hui divers champs disciplinaires des Sciences Humaines et Sociales, pour finalement définir des pratiques où l’on privilégie, en première instance, l’expérience vécue des individus en situation sociale.

Il importe de souligner que l’usage de ces approches dans les différents champs des Sciences Humaines et Sociales, n’a pas toujours fait l’objet d’un assentiment unanime quant à sa pertinence scientifique au sein de la communauté des chercheurs. Ainsi, en France par exemple, la sociologie positiviste a longtemps regardé avec circonspection les travaux des chercheurs explorant cette voie. Si les débats épistémologiques concernant la place à accorder à la subjectivité de l’individu dans les processus de recherche en sciences sociales sont loin d’être clos, soulignons néanmoins l’importance prise par la notion de « Sujet »⁸ qui marque la sociologie contemporaine, en France et ailleurs, depuis quelques années.

Un consensus assez large chez les spécialistes du champ qui nous occupe permet de considérer que les approches qui mettent en perspective la dimension d’un sujet susceptible de porter un regard réflexif sur sa propre individualité s’enracinent dans le contexte de la philosophie individualiste et plus particulièrement à partir du “ *cogito* ” de Descartes au XVII^e siècle ⁹. Historiquement, c’est donc “ l’invention du sujet ” qui va permettre de créer les conditions d’un rapport direct de l’individu à lui-même, ouvrant ainsi la possibilité de l’émergence d’écrits biographiques non réductibles au seul témoignage de l’existence de grandes figures de l’histoire. Sans prétendre à l’exhaustivité, on peut aujourd’hui distinguer au moins six grands ensembles de pratiques qui développent des modalités d’intervention et de recherche utilisant le recueil et l’analyse de récits de vie :

- L’autobiographie

⁸ Gaulejac V. (de) (2009) *Qui est « Je » ? Sociologie clinique du sujet*. Paris, Seuil.

⁹ Voir à ce propos : Laine A. (1996) La question des origines. in : *Les filiations théoriques des histoires de vie en formation*. Revue *Pratiques de formation- analyses*. .n° 31. p 82.

- Le recueil de récit de vie à des fins de recherche qualitative
- Les séminaires d'implication et de recherche « RFTS »
- Les histoires de vie en formation et la recherche biographique en éducation
- Les histoires de vie de collectivité
- La « psychobiographie »¹⁰

De notre point de vue, ces six ensembles de pratiques réfèrent tous au domaine de la recherche biographique en tant que cette dernière s'intéresse à la multiplicité des manières dont les individus perçoivent et ordonnent leurs expériences, leurs représentations du monde, en fonction d'une compréhension narrative de l'existence. Pour Christine Delory Momberger, cette attention portée à l'étude du singulier se trouve légitimée par la dimension résolument anthropologique du biographique. Elle précise : *« Cette capacité anthropologique selon laquelle les hommes perçoivent leur vie et ordonnent leur expérience dans les termes d'une raison narrative doit être ici entendue comme une attitude première et spécifique du vécu humain : avant même de laisser de notre vie une quelconque trace écrite, avant tout discours, oral ou écrit tenu sur nous-mêmes, nous configurons mentalement notre vie dans la syntaxe du récit. La perception et l'intelligence de notre vécu passent par des représentations qui prêtent une figure narrative aux événements et aux situations de notre existence. »*¹¹

Néanmoins, la recherche biographique ne se réduit aucunement aux domaines évoqués ci-dessus. Leur identification permet surtout de catégoriser des domaines d'intervention et des champs de recherche. Alors que les dernières décennies ont été marquées par un infléchissement des approches structuralistes au bénéfice d'un « retour du sujet » et d'une attention portée aux approches narratives, la recherche biographique déborde les seules frontières académiques disciplinaires et trouve aujourd'hui à se développer largement dans de nombreuses disciplines des sciences sociales (littérature, histoire, philosophie, sciences du

¹⁰ Le sixième ensemble, particulièrement protéiforme, concerne le champ de la psychologie et des pratiques thérapeutiques qui se déploient en réponse à une demande visant à la prise en compte d'une souffrance psychique dont l'intensité subjective déborde la seule « difficulté à être au monde » que rencontre tout être humain désirant. Si les expressions « autobiographie », « récit de vie » et « histoire de vie » classiquement référées au domaine des approches biographiques ne sont qu'exceptionnellement employées par les psychologues, convenons que leur activité professionnelle les confronte indéniablement à la narration des difficultés existentielles de leurs publics.

¹¹ Delory Momberger C. (2009) Op. Cit. pp 29-30.

langage, sciences de l'éducation, anthropologie culturelle, ethnographie, psychologie sociale, sociologie qualitative et clinique, etc.), mais également en médecine (narrative medicine).

Relativement bien représentées dans l'espace francophone dans le domaine de la formation, ces pratiques rejoignent par ailleurs des courants de recherche reconnus dans les pays anglo-saxons (*biography research*) et germanophones (*Biographieforschung*) permettant de saisir l'activité biographique dans une perspective anthropologique élargie, susceptible de favoriser une meilleure compréhension de la manière dont adviennent les individus dans une société en mutation rapide. On comprendra que pour tenter de mieux cerner la polysémie de ces phénomènes de biographisation, il importe de s'ouvrir à l'ensemble des disciplines susceptibles de contribuer à leur éclairage.

III. Quelles perspectives pour une clinique narrative en sciences humaines et sociales aujourd'hui ?

Le projet de la sociologie clinique¹², qui rejoint à notre sens nombre des préoccupations de la recherche biographique¹³, est de travailler dans une perspective interdisciplinaire, au carrefour du subjectif et de l'objectif, de l'individuel et du collectif, du psychique et du social afin de mieux saisir quelques-uns des effets de récursivité qui affectent parfois de manière particulièrement délicate la relation entre un individu de plus en plus incertain au sein d'une société dont l'horizon d'attente est désormais affecté par la « crise de sens » lié au malaise de la modernité¹⁴.

¹² Gaulejac V. (de) ; Hanique F. & Roche P. (2007) (dir.) *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Paris, Eres.

¹³ Delory-Momberger C. (2009) *La condition biographique. Essai sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris, Téraèdre.

¹⁴ Taylor C. (2002) *Le malaise de la modernité*. Paris : Cerf

A n'en pas douter, la sociologie clinique participe activement du développement d'une clinique de la complexité dont les travaux de Vincent de Gaulejac¹⁵, de Max Pagès¹⁶, de Michel Legrand¹⁷ et de bien d'autres se sont fait l'écho ces dernières années. Ainsi, pour Michel Legrand¹⁸, il n'existe pas de définition simple d'une posture clinique. Celle-ci se caractérise par une pluralité de dimensions :

1° La première recouvre l'attention portée au singulier dans la mesure où il ménage un possible chemin vers la connaissance de l'universel. L'approche compréhensive de la singularité du sujet offrirait ainsi la possibilité de s'interroger sur des conduites « anthropologiquement partagées ». Néanmoins, cette attention portée aux articulations entre individuel et collectif ne doit pas renvoyer de manière trop rapide et réductrice à la notion d'une hypothétique « humanité partagée » qui gommerait les disparités sociales et culturelles qui marquent individus et groupes sociaux. Si l'approche du singulier peut utilement interroger la notion d'universalité des conduites humaines, celles-ci doivent également être pensées aux travers l'identification de particularismes identitaires et sociaux qui renvoient eux-mêmes à des groupes, à des cultures et à des territoires différenciés et dont l'universalité doit, à ce titre, être soigneusement relativisée.

2° La seconde insiste sur l'importance de l'implication de l'intervenant et de l'analyse de la propre subjectivité du clinicien dans les processus interactionnels dans lesquels il se trouve pris et engagé. De manière apparemment paradoxale, l'objectivité n'est ici possible qu'au prix d'une auto-élucidation des résonances que produit la situation d'intervention et de l'analyse fine des phénomènes intersubjectifs qui ne manquent pas de se déployer dans toute situation clinique.

¹⁵ Gaulejac V. (de) (1987) *La Névrose de classe*. Paris : Hommes et groupes.

Gaulejac V. (de) (1996) *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer, Collection "Sociologies cliniques".

¹⁶ Pagès M. (1993) *Psychothérapie et complexité*. Paris : Desclée de Brouwer, Collection "Reconnaisances".

Pagès, M. (2000) *L'écoute complexe*. In : Gaulejac V. (de) & Lévy A. (sous la direction de...) *Récits de vie et histoire sociale*, Paris : Ed. Eska, pp. 145-163.

¹⁷ Legrand M. (1993) *L'approche biographique*, Marseille – Paris : Hommes et Perspectives - Epi, Collection "Interfaces".

¹⁸ Legrand M. (1993) Op. Cit.

3° La troisième insiste sur les liens entre dispositif d'intervention et production de connaissance. Lacan évoquera à propos du dispositif psychanalytique la notion de « praxis », c'est-à-dire la construction d'une « théorie de la pratique » pour rendre compte de la complexité de ces liens. En d'autres termes, ce sont bien ici les modalités d'action pratiques mises en œuvre dans l'« ici et maintenant » de la situation par le clinicien qui constituent la source possible d'une production de savoir et non la seule application mécaniste d'une méthode ou d'une technique construite en totale extériorité par rapport à la situation rencontrée. Pourtant, cette attention portée à la situation clinique et au dispositif ne saurait bien évidemment faire l'économie d'un solide background théorique pour le clinicien. Par exemple, comment l'attention portée à la singularité du sujet s'accommode-t-elle aujourd'hui de repères théoriques pluriels de plus en plus complexes, visant à prendre en compte des variables économiques, sociales, culturelles ou ethniques en constantes mutations. Ainsi, à l'heure où nos sociétés postindustrielles amènent au croisement de populations d'origines géographiques très diverses, « l'universalité » des références théoriques que nous mobilisons habituellement doit sans doute être relativisée, alors même que les dispositifs cliniques mis en œuvre peuvent utilement participer au développement et à l'enrichissement des connaissances théoriques sur lesquelles nous tentons d'étayer nos actions.

4° Enfin, la quatrième perspective insiste sur le renouvellement du rapport entre normal et pathologique. Ici encore, la psychanalyse a ouvert la voie vers un décloisonnement fécond entre ces dimensions et tenté de montrer combien l'étude du pathologique pouvait renseigner sur le normal. Dans le domaine de la sociologie clinique, l'attention portée aux phénomènes de souffrance psychique qui s'enracinent pour partie dans l'objectivité des situations liées aux positions sociales occupées par les individus représente sans aucun doute un bon exemple d'analogie clinique autour de cette problématique.

Par ailleurs, à propos des rapports entre souffrance psychique et souffrance sociale, se pose aujourd'hui le problème de la clinique du « lien défait »¹⁹, c'est-à-dire, tout particulièrement

¹⁹ Ravon B. (2005) *Vers une clinique du lien défait*. In : Ion J. et al. (2005) *Travail social et souffrance psychique*. Paris : Dunod

dans le champ de la santé mentale, une attention nouvelle portée à l'incidence des faits sociaux sur les troubles psychopathologiques²⁰.

La sociologie clinique, depuis de nombreuses années, s'attèle à une meilleure compréhension de ces questions et a développé une réflexion approfondie sur la démarche clinique et sur la manière dont peut être mobilisé le récit de vie. Vincent de Gaulejac, précise comme suit les multiples dimensions qui se trouvent convoquées via la clinique des histoires de vie : « *La clinique des histoires de vie est un complément qui ouvre la voie à une « clinique de la complexité » qu'avec Max Pagès²¹, nous appelons de nos vœux. Il s'agit d'offrir des espaces ouverts, pluriels, pluridisciplinaires, au sein desquels les bénéficiaires peuvent effectuer un parcours à la carte, combinant différentes approches – par exemple, psychanalyse, gestalt, psychodrame, thérapies corporelles, récits de vie, dynamique de groupe, expression non verbale, créativité, clown analyse, socioanalyse -, différentes façons de travailler – individuellement ou en groupe -, différentes modalités d'intervention. C'est ce que nous souhaitons construire au sein de l'Institut International de Sociologie Clinique en lien avec le courant de la psychothérapie intégrative animé par Jean Michel Fourcade. (...) Dans le domaine de l'humain, nous sommes toujours dans le pluralisme causal. Tout phénomène social dépend d'une pluralité de causes sans que l'on puisse en isoler une de façon définitive. C'est la raison pour laquelle il convient d'introduire dans la clinique une dimension sociologique dans la mesure où le social et le psychique sont irrémédiablement liés, ce qui devient une évidence lorsque l'on écoute un récit de vie. »²²*

A l'heure où l'individu contemporain se trouve de plus en plus soumis à l'injonction au management de soi et à la sur-responsabilisation quant aux modalités de son intégration sociale et de son employabilité, au moment où la souffrance psychique d'origine sociale²³ n'a jamais été aussi importante et que le malaise dans les entreprises lié à « l'idéologie managériale » ne

²⁰ Voir à ce propos le célèbre document intitulé : « rapport Lazarus » in Lazarus A. (1995) *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport interministériel.

²¹ Pagès M. (1993) *Psychothérapie et complexité*. Paris : Desclée de Brouwer.

²² Gaulejac V. (de) (2008) *Introduction : L'histoire de vie a-t-elle un sens ?* in : Gaulejac V. (de) & Legrand M. (2008) *Intervenir par le récit de vie. Entre histoire collective et histoire individuelle*. Paris, Erès. p. 31

²³ Dejours C. (1998) *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris, Seuil.

fait que croire²⁴, le projet d'une recherche clinique narrative et éducative ne saurait être réduite à la seule dimension d'une « méthode clinique ».

De notre point de vue, ce projet intègre une dimension de réflexion « politique » au sens de la « polis » de la Grèce antique, c'est-à-dire qu'il nous permet de contribuer à penser les conditions de « la vie de la cité ». Or, si l'on en croit une récente enquête de Patrick Coupechoux, les conditions actuelles de « la vie de la cité » ne sont pas sans poser d'épineuses questions : « *Quelle que soit l'opinion des uns et des autres sur ce qu'est en train de devenir le sujet aujourd'hui – question passionnante -, une chose pourrait être acquise : celui-ci se trouve au cœur de toute réflexion politique (entendue comme réflexion sur notre façon d'être ensemble). Parce que le système néolibéral le nie, dans tous les aspects de l'existence, ce qui a pour conséquence une préoccupante déshumanisation de notre vie sociale. Lorsque l'humain n'y est plus, on court grandement le risque d'aller vers des catastrophes. L'abandon de populations entières, considérées comme « inutiles » -SDF, personnes âgées, chômeurs, jeunes, handicapés, fous -, le mépris, l'irrespect dans lequel on tient de plus en plus les hommes et les femmes dans les entreprises, la négation de l'intime, la banalisation du pire – les morts de froid, la nuit, sur un trottoir, les pendus dans l'atelier, les suicidés en prison, les fous délirants au mitard, les sans-papiers terrorisés, les enfants étrangers arrêtés à l'école... -, tout cela nous montre que nous y sommes déjà. Mais nous n'avons pas encore atteint la limite de l'abject et de l'inhumain, toujours possible. Contre tout cela, il faut se dresser, sous peine de perdre totalement notre humanité.* »²⁵

Ainsi, et pour reprendre le terme de Patrick Coupechoux, l'une des manières de « gagner en humanité » peut, sans nul doute, consister à se préoccuper de clinique en tant que celle-ci donne accès à l'exploration de ces évolutions sociales et de leurs effets tant individuels que collectifs, d'éventuellement contribuer à y résister en portant le témoignage des plus démunis²⁶, mais aussi parce que la clinique en s'appuyant sur un travail intersubjectif, impose non seulement l'écoute d'autrui dans sa singularité irréductible, mais aussi la mise en cause, et parfois la remise en question, du chercheur amené à réinterroger sa manière d'être et de

²⁴ Gaulejac V. (de) *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris, Seuil.

²⁵ Coupechoux P. (2009) *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*. Paris, Seuil, p 372

²⁶ Delory-Momberger C. ; Niewiadomski C. (2009) *Vivre – Survivre. Récits de résistance*. Paris : Edition Téraèdre.

penser dans le rapport à autrui comme condition même du processus de production scientifique.

IV. Contribuer au renouvellement de la notion de « psychothérapie éducative » en alcoologie clinique

L'utilisation du biographique comme aide au traitement des personnes alcooliques n'est pas une idée récente. Pierre Fouquet, père de l'alcoologie Française moderne, avait tenté d'introduire cette approche dès 1950. En novembre 1993, au cours d'un entretien qu'il avait eu la gentillesse de m'accorder à son domicile, ce dernier m'expliqua comment il avait eu l'idée de recourir à l'autobiographie. S'occupant à l'époque de personnes alcooliques dans une petite clinique de la région Parisienne, P Fouquet avait constaté que ses patients, dans les jours qui suivaient leur arrivée, avaient un impérieux besoin de s'exprimer sur leur histoire. Selon lui, ce moment était généralement très bref et, confronté aux difficultés de verbalisation classiquement décrites chez ces patients, il lui semblait nécessaire d'exploiter cet instant privilégié où le sujet « s'ouvrait » et devenait tout à coup capable de parler de lui-même. L'autobiographie lui paraissait alors pouvoir constituer un support intéressant pour engager un dialogue approfondi avec ses patients. Il obtenait ainsi des productions écrites très diverses, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, et remarquait des changements sensibles dans le comportement de ses patients à l'égard de l'alcool. Tout semblait se passer comme si le travail d'écriture entrepris leur permettait de se déprendre plus aisément de leur rapport obsédant à l'alcool.

Depuis, et de façon plus ou moins formalisée, des ateliers d'écriture ont vu le jour dans certaines structures de soins spécialisées en alcoologie. Mais, dans bien des cas, le travail autobiographique demandé est destiné à servir de support à l'émergence d'une relation transférentielle s'établissant dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique individuelle classique dont on connaît les limites avec les personnes alcooliques. Par ailleurs, et à l'exception de travaux relativement isolés, la théorisation de cette pratique dans le cadre de l'alcoologie n'a pas fait l'objet de recherches très approfondies. A ma connaissance, seul Michel Legrand, qui cherche à « *renouveler l'étude de l'alcoolisme à travers la reconstruction de l'histoire de vie de sujets alcooliques* » questionne de façon plus systématique la prise en compte d'un sens subjectif, indissociable de toute conduite humaine, à travers le recueil de

récits de vie de personnes alcooliques. A ce titre, les questions soulevées par son travail me paraissent pouvoir contribuer à une avancée épistémologique importante dans le champ de l'alcoologie. L'enjeu est sans aucun doute ici la place du « sujet alcoolique » dans les modèles théoriques contemporains.

Je ne reviendrai pas ici sur les problèmes relatifs aux difficultés posées par le concept de maladie alcoolique. Il suffit de préciser que je partage les positions de M Legrand quant à la question d'un sujet "en difficulté avec l'alcool" confronté à des problèmes de sens que les prises en charge habituellement proposées ne permettent pas toujours de prendre en compte. Mais, si un questionnement autour de l'intelligibilité du recours à l'alcool trouve ainsi toute sa pertinence, il reste que la question des conditions de production d'un sens émancipatoire pour ces personnes reste posée. En effet, si l'interlocuteur qui recueille le récit d'un sujet alcoolique peut utilement, en termes de recherche et de connaissance, proposer des interprétations sur l'histoire qui lui est rapportée, il reste que le sens ainsi construit peut n'avoir que fort peu d'impact sur l'intéressé. Plus encore, sa restitution peut avoir de redoutables conséquences en ce qui concerne les résistances du sujet à être confronté aux facteurs psychologiques qui participent à la genèse de son trouble.

Mon propos s'articulera ici autour d'un modèle d'accompagnement qui tente de dépasser la dichotomie habituelle chercheur/acteur et qui se propose d'instaurer de nouveaux rapports d'échanges entre les protagonistes.

Dans un cadre d'une recherche déjà un peu ancienne, nous avons exploré les modalités d'utilisation de l'approche histoire de vie en groupe dans un centre hospitalier spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme.

Une petite dizaine de personnes composaient ces groupes qui se déroulaient sur une période d'environ trois mois. Tous les participants étaient volontaires et avaient choisi de s'investir dans ce type de travail après un ou plusieurs entretiens préliminaires.

Sept phases, réparties en trois périodes organisaient ce travail. L'élaboration d'un contrat, la socialisation des expériences individuelles et la mise en forme d'un premier travail d'écriture composent la première période:

I Première période : « L'énonciation »

Première phase

Présentation du groupe. Engagement mutuel par un contrat élaboré collectivement et précisant les règles déontologiques qui régissent le fonctionnement du groupe (règles de confidentialité, de tolérance des idées exprimées dans le groupe. Protection de la propriété des documents produits par les participants et engagement de l'animateur de ne pas utiliser ces documents à l'insu des participants, garantie d'anonymat en cas d'exploitation des données, disponibilité de l'accompagnateur entre les séances et après la sortie de cure...)

Seconde phase

Socialisation des expériences individuelles.

Au cours de cette phase le support écrit est recommandé. La consigne donnée aux participants est de s'efforcer, entre chaque séance, de travailler à l'écriture de leur propre histoire, cette production écrite pouvant ensuite servir de base à la discussion. Par ailleurs, un certain nombre de supports méthodologiques empruntés aux praticiens de la sociologie clinique peuvent être proposés aux participants: travail sur l'arbre généalogique, sur le projet parental, sur la ligne de vie... A l'issue de cette période, il est souhaitable qu'un arbre généalogique et qu'un travail écrit relatant son parcours personnel soit produit par chaque participant.

Troisième phase

Mise en forme du travail d'écriture

Les échanges entre locuteurs et interlocuteurs au cours de la seconde phase vont bien souvent imposer un remaniement des documents écrits produits jusqu'alors par chaque participant. En effet, certaines dimensions apparues au cours de la période de socialisation des expériences individuelles vont faire émerger des prises de conscience encore non exploitées par écrit.

II Seconde période: basculer de la thérapie à la "co-formation"

Quatrième phase

Au cours de cette seconde période, l'intervention d'une « personne ressource » revêt une importance toute particulière pour la poursuite de ce travail. Cette intervention a pour objet une nouvelle présentation des fondements théoriques et pratiques de la démarche histoire de vie. La personne amenée à jouer ce rôle est toujours étrangère à l'institution. Il s'agit le plus souvent un praticien de l'histoire de vie engagé dans un travail de recherche (doctorant, professeur d'université...)

Cette intervention est surtout destinée à ne pas placer les personnes dans la seule dimension psychothérapeutique, mais de les placer aussi, et peut être surtout, dans une démarche d'"auto" et de "co-formation" à ce moment du protocole. Les participants doivent ici être envisagés comme des adultes "en recherche" sur leur histoire et non plus simplement comme des "malades alcooliques" en psychothérapie.

Du fait de ma fonction dans l'institution, je suis amené à répondre à une demande de soins, à une demande psychothérapeutique. A ce titre, et comme chacun de mes collègues, je suis investi d'une place de "sujet-supposé-savoir" qui peut gêner le travail d'interprétation désormais demandé aux participants. En effet, au cours de la première période, j'accompagne des personnes parfois très anxieuses, dépressives, ou très inhibées. Aussi, la prise en compte de l'émergence des affects traumatiques, la formulation à minima de "pistes de travail" destinées à lever certains blocages, la reformulations de certains questionnements, la gestion globale de la dynamique du groupe, s'inscrit ici dans un aménagement du travail classique d'une psychothérapie de groupe. Toutefois, malgré ma formation psychanalytique, je travaille préférentiellement dans une optique Rogerienne en me montrant particulièrement attentif aux notions de congruence, d'empathie et de considération positive inconditionnelle.

Bien sûr, compte tenu du fonctionnement du groupe et des indications fournies au départ, les participants comprennent très vite que le groupe a une finalité différente des autres groupes de l'institution, mais il n'en reste pas moins que je suis très clairement identifié comme un membre de l'équipe soignante. Ainsi, et malgré mes efforts, il

m'est difficile de faire "basculer" les choses dans une dimension plus "auto-formative". L'intervention d'une personne extérieure à l'institution, investie d'un pouvoir symbolique fort, qui manifeste un intérêt congruent pour les participants, et qui insiste sur la nécessité de se réapproprier son histoire sans s'en remettre à la toute-puissance d'autrui, permet ainsi de "recadrer les choses".

III Troisième période: Travail sur les énoncés

Trois phases distinctes composent cette troisième et dernière période: La "co-interprétation des données", un nouveau travail d'écriture destiné à renforcer la décentration des participants et une évaluation collective du fonctionnement du groupe.

Cinquième phase

Co-interprétation des données

Comme pour la seconde phase, le nombre de séances et leur durée sont variables et dépendent des besoins exprimés du groupe. Pendant cette période de nouvelle socialisation, le travail du groupe se centre sur la recherche d'une grille d'interprétation spécifique pour chaque personne. Chacun définit la façon dont il souhaite présenter son travail au groupe (lecture par une tierce personne de l'histoire de vie, présentation de l'arbre généalogique, présentation graphique de la "ligne de vie", autre représentation graphique ou schématique...). Pendant ces séances, le groupe associe librement autour de la présentation qui lui est faite du travail effectué et chacun est amené à proposer des pistes de travail dans une confrontation dialectique avec la personne concernée. Des supports méthodologiques sous forme de livres, de cassettes vidéo sont proposés aux participants en fonction de leurs demandes spécifiques.

Sixième phase

Décentration

A la suite des séances de co-interprétation qui le concernent plus particulièrement, chaque participant effectue à nouveau un travail d'écriture en exploitant éventuellement les

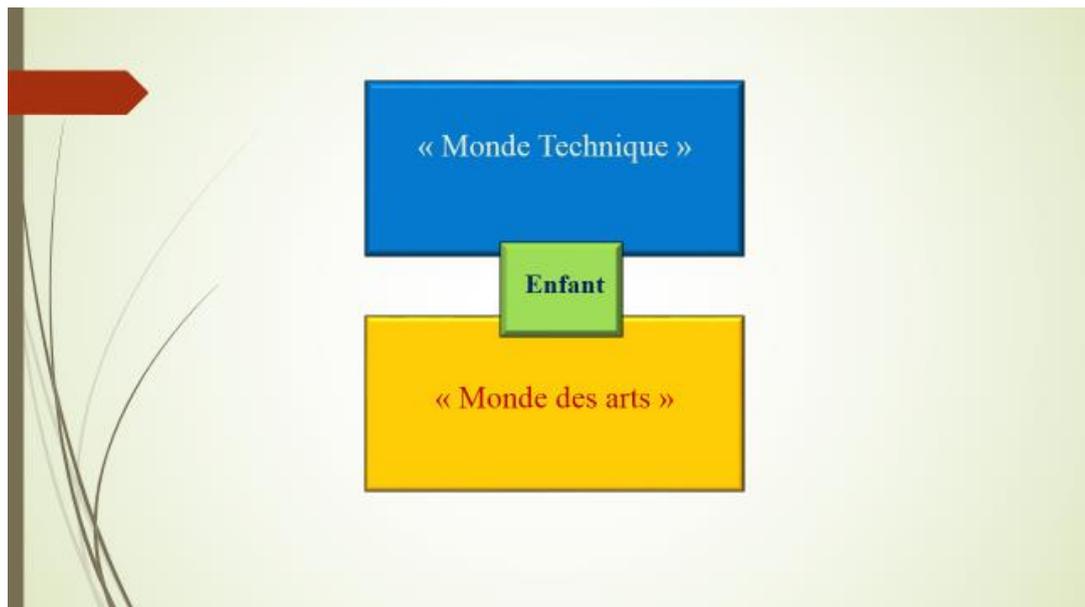
interprétations ou les ébauches d'interprétations qui auraient pu prendre sens pour lui au cours du groupe. Ainsi, en final, chaque personne rédige une interprétation de sa propre histoire de vie.

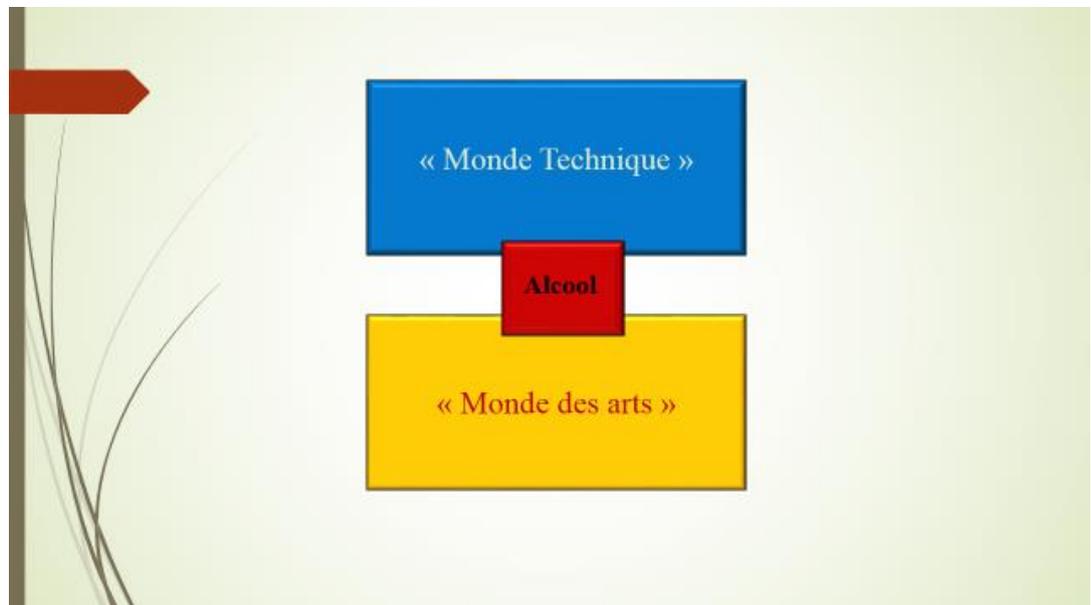
Septième phase

Evaluation collective du travail.

Point de vue de chacun sur son travail final, difficultés rencontrées, problèmes non résolus, aspects problématiques...

Exemple clinique : Frédéric, un conflit de filiation





En résumé...
l'apport du biographique :

- Au plan théorique: Identifier le poids des renforcements mutuels entre phénomènes intra-psychiques, trajectoire sociale et rapport existentiel avec l'alcool
- Au plan clinique: favoriser l'articulation entre une posture clinique « savante » et une posture clinique de la prise en compte de la subjectivité du sujet.

V. En forme de conclusion provisoire et ouverte à débat...

Dans le champ de l'alcoologie clinique, l'appui sur des références explicites à la théorie psychanalytique pourrait laisser à penser que l'approche biographique dans ce domaine ne serait finalement qu'une sorte de « psychanalyse du pauvre » adaptée à la clinique des

personnes alcooliques. Ceci ne correspond aucunement à la perspective que nous souhaitons promouvoir. L'approche narrative en alcoologie relève d'un autre type de dispositif et qu'une partie des buts poursuivis ne sont pas superposables à ceux d'une cure psychanalytique. Si les histoires de vie peuvent se révéler propédeutiques à un travail de type psychanalytique, ce n'est que dans un second temps et en ayant recours à un cadre qui diffère radicalement du premier. Par ailleurs, si le type d'approche clinique dans lequel s'inscrit l'histoire de vie entretient des rapports de proximité avec la clinique psychanalytique, en ce sens qu'elles visent toutes deux à ménager une place fondamentale à la subjectivité du sujet, la distinction la plus flagrante réside sans doute dans la position et dans les objectifs respectifs de l'animateur de ces groupes et du psychanalyste. En ce qui concerne ce dernier, Marie Santiago Delefosse commente tout à fait clairement la position du psychanalyste et les objectifs qu'il assigne à sa pratique : « *Toute demande comporte en soi d'emblée une dimension transférentielle, puisque le patient s'adresse à quelqu'un à qui il suppose un savoir. Ce transfert de sentiment sur l'analyste est un des mécanismes qui permet de ranimer le conflit intra-psychique à travers les figures identificatoires de l'enfance. Face à ce mécanisme, seule une position éthique de la part de l'analyste peut permettre une interprétation qui favorisera l'interprétation du conflit et le surgissement des formations de l'inconscient : il doit se conformer à la règle de l'abstinence. (...) Cette relation interdit la mise en scène active de la personnalité de l'analyste. (...) En aucun cas il ne s'agit d'une relation de communication entre deux individus à égalité. (...) L'égalité dont il s'agit, celle de deux sujets de l'inconscient dans le surgissement de la coupure n'apparaît qu'en fin d'analyse. pour l'obtenir, il faudra d'abord que l'analyste tienne sa place, celle de l'abstinence, qui renvoie à une fonction paternelle symbolique. La fin de l'analyse précipitant justement sa déchéance de cette place de grand Autre, de celui qui sait, vers un autre, semblable dans un rapport d'altérité.* »²⁷

D'une autre manière, dans les groupes histoire de vie que nous avons mis en œuvre auprès des personnes alcooliques, cette place de « *sujet supposé savoir* » autour duquel s'organise le travail transférentiel en psychanalyse n'est pas travaillée en tant que telle. Plus encore, il importe que l'animateur remette en cause cette dimension, avec l'aide d'une personne ressource extérieure à l'institution de soin, pour permettre aux participants de s'engager dans

²⁷ Santiago Delefosse (1998) *Psychanalyse, histoire de vie : père ou frère, quel compagnon?* in Pineau G. (1998) *Accompagnements et histoire de vie*. Paris, L'Harmattan. Chapitre 10, p 150-151

le travail de co-investissement dialectique proposé. La position de l'animateur de ces groupes vise en fait à une parité relationnelle malgré une disparité statutaire évidente.

En particulier, remarquons que ce dernier n'est pas lui-même alcoolo-dépendant et qu'il représente donc à ce titre une figure de l'altérité pour les participants. Pour autant que l'animateur soit capable de proximité humaine avec les participants, mais aussi d'une distance suffisante pour proposer et non imposer un renouvellement de perspective, cette altérité représente un avantage important en ce sens qu'elle convoque les participants à explorer un lieu qui ne s'organise pas dans la stricte reproduction imaginaire d'un double « malade alcoolique ». L'animateur, jouant ainsi un rôle de « passeur », peut alors présentifier un objet de quête susceptible d'ouvrir des perspectives personnelles et existentielles nouvelles.

En résumé, il nous semble que l'essentiel de l'activité clinique de l'animateur de groupes d'histoire de vie en alcoologie vise à favoriser et à préserver la polysémie d'un travail sur le sens qui ne se laisse pas enfermer dans les seules figures d'une perspective biomédicale de l'alcoolisme. Ce travail herméneutique, appuyé sur le modèle du co-investissement dialectique proposé par Gaston Pineau, est appelé à susciter la mise au jour puis la prise en compte d'interrogations, voire d'énigmes, suffisamment stimulantes pour permettre la mise en route d'un désir singulier chez les participants. C'est à cette condition que ces derniers pourront alors réorganiser leur existence à leur manière, sans pour autant faire l'impasse sur les implications de leur alcoolo-dépendance.

Dans la perspective que nous avons cherché à explorer, cette exigence impose de renouveler le projet d'une « psychothérapie éducative » en l'ouvrant à la dimension biographique d'une quête existentielle. Si nous ne nions pas l'importance de l'information sur l'alcoolodépendance auprès des personnes alcooliques et la place d'une clinique médico-psychologique en alcoologie, celle-ci nous paraît dans le même temps devoir laisser une place suffisante à un autre type d'activité. A notre sens, celle-ci gagnera à privilégier une « herméneutique instaurative »²⁸, c'est à dire susceptible d'inaugurer un travail de mise en forme nouvelle pour le sujet, et pour autant jamais définitivement achevée. De notre point de vue, cet objectif ne peut raisonnablement s'envisager que lorsque le modèle thérapeutique et le modèle des histoires de vie sont envisagés dans une perspective dialectique. Ainsi, l'accompagnement proposé dans ce travail ne constitue pas une simple juxtaposition entre une dimension de soins

²⁸ Durand G. (1964) *L'imagination symbolique*. Paris, PUF.

et une visée biographique, pas plus qu'il ne se réduit à l'un ou à l'autre de ces pôles. Au final, il nous semble de nature à permettre de mieux appréhender la dynamique des ajustements existentiels individuels chez les personnes présentant des troubles addictifs.

Pr Christophe Niewiadomski

UFR des sciences de l'éducation. Laboratoire CIREL. Université de Lille 3

christophe.niewiadomski@univ-lille3.fr

Paris, le 18 octobre 2014

SEXE ET DEPEDANCES, D'UN OBJET TRANSITINNEL A L'AUTRE – Caroline Ulmer-Newhouse

J'aurais pu aussi bien intituler mon intervention « sex, drugs and therapy », en référence à la fois à un titre de chanson « sex, drugs and rock'n roll' et aux addictions d'Ahmad qui font l'objet de ce cas clinique où la sexualité joue un rôle central.

Je vais donc tout d'abord vous présenter une brève anamnèse d'Ahmad, puis j'évoquerais avec vous des éléments de mon contre-transfert ainsi que mes hypothèses de travail. Je terminerai par deux vignettes cliniques qui illustrent, je l'espère, la spécificité du travail du psychanalyste intégratif. Ces vignettes sont traduites librement de l'anglais vers le français. J'ai essayé de conserver au mieux la crudité mais aussi le lyrisme de certains de ses propos.

Ahmad est âgé d'une trentaine d'années, lorsqu'il m'est adressé par un confrère pour une prise en charge en anglais, en individuel et en groupe. Il vient me consulter parce qu'il traverse une crise aigüe dans son couple et se dit très angoissé. Il a rencontré M. à l'automne. Ils vivent ensemble depuis le début de l'année et projettent de se marier au printemps.

1/ quelques éléments d'anamnèse

Ahmad est le troisième enfant de la fratrie. A sa naissance, sa sœur a douze ans et son frère neuf. Quelques semaines après sa naissance, sa mère s'expatrie, seule, pour raisons professionnelles. Il est confié aux soins de sa grand-mère. Lors des premières retrouvailles avec sa mère à l'âge de deux ans, il ne la reconnaît pas. A quatre ans, il demande à son père « pourquoi tu ne divorces pas de cette femme, elle est épouvantable ». Il a quatorze ans, au divorce de ses parents et va vivre avec son père. Sa sœur est mariée, tandis que son frère a quitté le foyer familial, 5 ans auparavant, sans plus donner de nouvelle. Il dit alors à ses camarades de classe que sa mère est morte. A 15 ans, Ahmad décide avec une bande de copains de perdre sa virginité. Avec sa bande de copains, il fait venir des prostituées dans l'appartement, à l'insu de son père en voyages d'affaires. A la mort de son père, il a 20 ans. Il reste seul dans l'appartement, refusant d'aller vivre chez sa mère remariée depuis peu. Pendant plusieurs mois, pour subvenir à ses besoins, il se prostitue au près touristes étrangères plus âgées que lui. Pendant toute sa formation universitaire, il multiplie les conduites à risques, drogue, alcool, rencontre d'un soir. Il se marie une première fois, à 25 ans, avec une

psychologue de quinze ans son aînée dont il divorce quelques années plus tard. Quand il déménage en France, pour raisons professionnelles, le nouveau poste qu'il occupe ne correspond pas à la description qu'on lui en avait faite, il le juge sous-dimensionné par rapport à ses compétences et sa séniorité. Il s'ennuie rapidement et se sent isolé. Il ne parle pas bien le français. C'est, peu de temps après son arrivée à Paris qu'il rencontre, sur son lieu de travail, sa future fiancée, M. C'est le coup de foudre.

2/ Mon contre-transfert

Dans l'après-coup de la première séance, je ne suis pas sûre de vouloir prendre Ahmad en charge. Je me suis sentie comme hypnotisée, sous le charme d'un charmeur de serpent. Subjuguée et effrayée tout à la fois, comme s'il cherchait à me distraire pour me garder à bonne distance et se protéger de mes attaques mortelles. Je lui propose de faire un point au bout de quatre séances, afin de juger si nous souhaitons, l'un comme l'autre poursuivre le parcours thérapeutique. A la veille de ce bilan, je fais un rêve dans lequel les principaux éléments de mon contre-transfert se retrouvent. Je traverse à pied une ville du Moyen-Orient. J'entends une déflagration non loin. C'est un attentat. Un immeuble vient de s'écrouler à quelques mètres de moi. Je m'approche pour voir s'il y a des rescapés. Un corps à moitié enseveli sort des décombres et une voix m'implore de l'aider. En m'approchant, je m'aperçois qu'il s'agit d'Ahmad. Il porte un turban sur la tête comme les djihadistes. J'hésite à le sauver, ne sachant pas s'il s'agit ou non d'un terroriste. Tout au long du parcours thérapeutique que nous allons entreprendre, je garde à l'esprit ce fil conducteur qui m'alerte sur la couleur de mon contre-transfert, teinté à la fois de méfiance et de sollicitude. Dans ce double mouvement de séduction-répulsion, que je ressens, il m'apparaît qu'Ahmad a incorporé une mère avec des caractéristiques contraires. Elle est à la fois avide, envieuse, manipulatrice et attirante. La dangerosité du lien est prégnante. Il s'ingénie à me donner du « Madame Newhouse » tandis que je l'appelle par son prénom. Ahmad me tient ainsi à distance. Il est l'enfant, l'employé, je suis l'adulte, la maîtresse d'école, l'employeur qu'il redoute et cherche, tout à la fois, à séduire. Son regard est fuyant. Lorsque je le raccompagne à la porte du cabinet. Il part rapidement sans se retourner en me lançant un au revoir alors qu'il est déjà dans l'escalier. Son comportement me fait penser à celui de l'enfant insécuré que Bowlby décrit dans « Attachement et perte ». Celui qui « masque sa détresse émotionnelle par un détachement face à la situation et un accrochage à l'environnement physique ». Ahmad cherche à contrôler la relation qui s'instaure

entre nous. Il veut en dicter les termes et cherche à prendre possession de mon espace interne. Dès la première séance, Ahmad souhaite mettre en place une forme de contrat, qui spécifierait la durée de la thérapie et fixerait les objectifs que je dois atteindre (faire disparaître son angoisse, lui permettre de mettre un terme à sa relation actuelle et passer à une autre relation plus satisfaisante). Il me met d'ailleurs en garde : il a déjà fait trois tranches de thérapie d'une durée comprise entre 6 mois et un an et demi (à 15 ans, 26 ans et 31 ans). A chaque fois, il me dit avoir mis en échec son thérapeute, l'avoir fait tourner en bourrique et décider de son propre chef d'arrêter les séances, le trouvant insatisfaisant.

3/ Mes hypothèses de travail

Il m'est apparu au cours du parcours thérapeutique d'Ahmad que la recherche et la conquête de partenaires occasionnelles est un agir pulsionnel sans représentation. Il s'agit, selon moi, d'un mécanisme de défense contre la menace dépressive. Ahmad agit pour ne pas ressentir la béance laissée par la séparation précoce d'avec la mère et ravivée à chaque rupture. L'agir est contra-traumatique. Il a une fonction de réassurance narcissique et permet de lutter contre les fantasmes d'abandon d'Ahmad. Il donne à Ahmad la certitude de survivre à la perte.

La mort du père a symboliquement cessé de faire rempart contre l'avidité de la mère. En multipliant les rencontres occasionnelles, il déjoue sa peur des femmes tout en se défendant de son homosexualité psychique qui se retrouve fréquemment dans son matériel onirique sous la forme de corps à corps avec son supérieur hiérarchique. Ses aventures féminines n'ont par définition pas vocation à durer, ni à convoquer d'affect et encore moins de sentiment. Elles excluent l'attachement, une femme peut en remplacer une autre. Ahmad se rassure en « possédant » et « manipulant » ses conquêtes.

Par ailleurs, l'agir sexuel est traumatique, dans la mesure où il opère une confusion entre intimité des corps et intimité psychique. La satisfaction sexuelle de la femme est une monnaie d'échange pour Ahmad. Au petit matin, il peut se lover dans les bras de sa partenaire. Le désir de celle-ci passe avant le sien, recréant ainsi une mère en demande incessante de satisfaction, jouant indéfiniment le trauma non surmonté de la séparation. Dans l'inconscient d'Ahmad l'homme est fétichisé, réduit à un sexe-objet de consommation et de plaisir immédiat pour la femme. Ce thème se retrouve dans un rêve, où sa compagne lui explique qu'elle ne prend pas plus de plaisir avec un homme que seule, avec une bouteille de coca. Dans un autre rêve, une

voix qui lui est extérieure lui ordonne de prendre sa partenaire en multipliant les positions acrobatiques et de la faire jouir à chaque changement de position.

4/ Vignettes

Je vais maintenant illustrer mes propos à travers deux vignettes qui je l'espère vous permettront d'appréhender la spécificité du travail du psychanalyste intégratif.

J'ai intitulé la première vignette La Chauve-souris

C'est un extrait de la séance qui a suivi le groupe d'essai d'Ahmad, après six mois de parcours thérapeutique individuel. On y retrouve l'ensemble des thèmes que je viens d'exposer : la dangerosité du lien primaire, le clivage des affects et l'agir sexuel.

En début de séance, Ahmad me rapporte un rêve qu'il a fait la nuit suivant le groupe: J'ai le poing fermé et à l'intérieur je sens que quelque chose bouge. J'ouvre ma main. Il y a dans ma paume une chauve-souris qui est en train de boire mon sang.

Je lui demande ce qu'il peut associer avec cette chauve-souris

Ahmad : *les gens qui se nourrissent du sang des autres. Vous les thérapeutes qui vivez du malheur des gens. Vous vous nourrissez de nous et après vous nous laissez exsangues, sans vie.*

Moi : *ces mères – thérapeutes que vous ne pouvez jamais satisfaire.*

Ahmad poursuit : *Le matin en arrivant à la séance de groupe, j'étais inquiet. Je me disais que je risquais de terminer la journée, en plein désarroi. Mais en sortant, ça allait. C'est le soir en rentrant chez moi, que c'est arrivé. Je ne trouvais pas le repos. Je repensais à la journée. Alors j'ai utilisé mes vieux remèdes, comme vous les appelez. J'ai pris un verre, puis un autre... mais ça n'a pas suffi. J'ai alors décidé d'appeler G. Je lui ai proposé de passer chez moi. Je bandais déjà fort quand elle est arrivée. Je l'ai prise sans ménagement à peine la porte d'entrée refermée, contre le mur. Je lui ai fouillé le sexe de la main rapidement puis je l'ai pénétrée. Elle était même pas prête. Plus tard dans la soirée, on a baisé encore plusieurs fois. Les voisins se sont plaints d'ailleurs. Le matin, j'avais encore un mot épinglé sur la porte d'entrée, me demandant que les femmes que je reçois chez moi fassent moins de bruit la nuit. Je crois que mon voisin est un mal baisé. Quand G jouit, c'est vrai qu'elle crie très fort et ça lui arrive plusieurs fois par nuit. Qu'est-ce que je peux y faire, je ne vais quand même pas la bâillonner.*

Moi : *Vous parler de pensées qui vous ont empêché de trouver le repos en rentrant chez vous. De quoi s'agissait-il ?*

Ahmad : *je repensais à M. et à la thérapie de groupe qui nous a séparés. Elle racontait tout au groupe, alors qu'elle aurait dû partager avec moi. Elle s'est montrée nue à ces gens. Elle est devenue à croc à la thérapie. Pendant la séance, je suis rentré en contact visuel avec chacune des personnes du groupe. Pendant la pause déjeuner, j'ai trouvé que chacun avait l'air différent, plus beau, comme s'ils s'étaient rhabillés, après la séance. Mais à quoi cela sert que je porte le malheur des autres. Ce n'est pas comme ça que j'envisage ma vie. Je refuse cette idée. Madame Newhouse vous m'avez terriblement déçu.*

Moi : *Comme votre mère je n'ai pas su prendre soin de vous.*

Ahmad : *c'est ça ! L'exercice proposé à F. m'a horrifié. Comment peut-on demander à quelqu'un de se débarrasser des gens qui se sont occupés de vous, de votre père, de votre frère, de votre mère ? Je hais cet individualisme occidental.*

Ahmad se met à jurer en arabe, fait mine de cracher par terre. Son bras droit décrit de grands gestes de haut en bas, comme s'il fendait l'air avec un sabre. (Je l'imagine en calife décapitant ses ennemis)

Je lui propose d'amplifier sa colère, de taper avec ses avant-bras sur un matelas, les poings fermés. Lorsqu'il interrompt l'exercice, il dit : ça ne sert à rien. Je suis un déserteur professionnel. J'ai un pied dedans, un pied dehors. Je ne veux pas être dépendant de la thérapie. A la pause, les autres m'ont dit que ça faisait entre 1 et 5 ans qu'ils suivaient la thérapie de groupe. Qu'est-ce que c'est sinon de la dépendance. Ça n'a pas de sens. Je ne veux pas que ma vie ressemble à ça. Ça me terrifie.

A la suite de cette séance, Ahmad décide de ne pas poursuivre le travail en groupe, tandis que les séances individuelles qui suivent changent progressivement de couleur et laissent la place à l'expression d'affects plus authentiques, la colère tout d'abord, puis progressivement celle-ci cède la place à l'expression du manque et de la perte. Il compare la femme à la terre essentielle à l'épanouissement et à la croissance de l'arbre. Sans M., il se vit comme un arbre déraciné, emporté par une tornade.

Voici une seconde vignette que j'ai intitulée L'Ours et le Miel

Depuis quelques séances, nous tournons en rond. Ahmad revient régulièrement sur sa rupture amoureuse. Il dit ne plus se reconnaître et se sentir désormais scindé en deux, il y a l'ancien Ahmad qui avait toujours un plan de rechange, un plan B, et le nouveau qui ne sait pas quoi

faire, qui est désorienté. Je lui propose de me montrer à l'aide de peluches ces deux représentations de lui-même. Pour représenter l'ancien Ahmad, celui qui est fort et calculateur, il choisit un ours. Il me dit qu'un ours semble gentil mais en réalité c'est un animal dangereux. Il est aussi attiré par le miel des abeilles. Il associe les abeilles aux femmes dont il s'entoure et dont je fais partie. Il me dit que B. soupçonne même qu'il m'a séduite et que nous couchons ensemble. Pour représenter Ahmad depuis sa rupture celui qui n'a plus de projets, qui se sent vide et flottant, il choisit Quasimodo (dont il ne connaît pas l'histoire). Il me dit que ce personnage représente la partie de lui qu'il veut cacher. C'est une partie fragile, cassée et laide. A travers le choix de Quasimodo, enfant difforme, bossu au pied bot, Ahmad laisse apparaître l'étendue de sa blessure narcissique. Alors que son schéma corporel est sain, l'image inconsciente qu'il en a est celle d'un corps infirme. Ahmad me dit que les femmes l'ont souvent surnommé le « monstre ». Il se vit comme la bête de la Belle et la Bête. Je fais l'hypothèse que l'indifférence du regard maternel, dans l'expérience de l'allaitement et la déprivation vécue par Ahmad bébé à la suite du départ de sa mère l'a conduit à se vivre laid et difforme. A cette blessure narcissique primaire vient s'ajouter, à la période de latence, celle de ne pouvoir satisfaire cette mère ogresse qui se nourrit psychiquement de ses enfants. Malgré les efforts qu'il déploie pour contenter sa mère, sur le plan scolaire et musical, ce n'est jamais suffisant. Après cette séance, je me suis servie à plusieurs reprises de ce qu'Ahmad avait mis en forme pour soutenir sa conflictualité intrapsychique mais aussi l'aider à trouver les ressources internes suffisamment bonnes pour contenir son angoisse, la terre sans laquelle l'arbre ne peut se déployer.

En particulier, je l'ai encouragé à chercher du soutien du côté de l'image réconfortante de l'ours en peluche, choyé des enfants. Je l'ai questionné sur la façon dont il se rassurait petit. Il s'est remémoré la place que prenait la musique dans son enfance, au moment de l'endormissement. Tous les soirs, Ahmad écoutait le même disque d'une célèbre chanteuse orientale, interprétant un drame amoureux entre deux jeunes gens. Cet air écouté dans un rituel du soir lui permettait de retrouver une bonne mère intériorisée, comme un bain de langage dans lequel le tout petit est bercé dès la naissance, et qui constitue au sens de Winnicott un phénomène transitionnel. Quelques séances plus tard, Ahmad a décidé de se racheter une guitare et de se remettre à la musique. Progressivement la musique a (re)pris une place centrale dans sa vie. Il s'est mis à composer des mélodies dans lesquelles il exprime et sublime son désarroi amoureux. Il joue

avec d'autres musiciens qu'il a rencontrés. Il a même décidé de louer un studio d'enregistrement pour garder une trace de ces sessions d'improvisation

En tant que psychanalyste intégrative, j'ai aménagé mon cadre tout au long du parcours thérapeutique d'Ahmad, pour lui permettre de rester en lien avec moi et l'accompagner dans sa douloureuse tentative pour intégrer les pertes et les séparations qui ont jalonné sa vie et faire émerger sa capacité créatrice. J'ai accepté de lui offrir un verre d'eau, lorsqu'il me le demandait. A sa demande, j'ai accepté de le recevoir deux fois par semaine, pendant la période qui coïncidait avec son départ de l'entreprise où il avait rencontré M. puis nous avons repris un rythme hebdomadaire, à sa nouvelle prise de fonction. Je suis restée joignable par téléphone pendant mes vacances et nous avons fait des séances téléphoniques à plusieurs reprises, à l'occasion de ses déplacements professionnels. En outre, j'ai tenu compte des spécificités de son héritage socio-culturel et le fait que dans sa tradition culturelle le matériel onirique procède de l'art divinatoire.

Nous nous sommes quittés il y a peu. Ce jour-là, Ahmad m'avait apporté, en guise de remerciement, des outils de jardinage. Sur l'emballage, était écrit « *the thoughtful gardener* » le jardinier pensif.

Caroline Ulmer-Newhouse

Psychanalyste Intégrative

Membre Adhérent SFPI

carolineulmernewhouse@gmail.com

LA TOXICOMANIE, « UNE MAUVAISE REPONSE A UNE BONNE QUESTION ? » - Pierre de Romanet

Cette formule choc, entendue dans un congrès, m'a fait réfléchir et regarder les vies de nos patients sous l'angle de leur trajectoire.

Plutôt que de s'interroger sur la toxicomanie ou la dépendance dans une approche de compréhension analytique, causale ou symptomatique (au risque d'être en décalage avec cette assemblée et avec sa recherche), je resterai centré sur une position d'observation et je suivrai le fil de la question « pourquoi et comment ce mode spécifique d'organisation ? ». À quoi répond-il ? A quels besoins, à quelles situations, à quelles thématiques.

Je garde de mon passé de scientifique le côté explorateur, qui part d'abord de l'observation de la réalité, puis formule des hypothèses, teste ses hypothèses et valide celles-ci au regard de quelques grilles de lecture, ce que nous avons la théorie.

Cette approche m'amène aujourd'hui à m'émerveiller de la créativité de nos patients, des diverses modalités et solutions d'organisation et je reste en cela bien en lien d'affiliation avec l'esprit curieux de Joyce MacDougall.

Ainsi donc, quelles « mauvaises réponses » nos patients ont-ils mis en place, comment cherchent-ils peu à peu avec nous des « moins mauvaises » stratégies, mais surtout, ces stratégies ou modalités d'organisation psychique visent à permettre (ou à éviter) quoi ?

Quelle est la thématique, quelles sont les questions à l'œuvre ?

Comment s'expriment-t-elles, notamment dans les rapports entre conscient et inconscient, dans la dynamique intrapsychique, dans la dynamique pulsionnelle et relationnelle ?

Il y aurait ici matière à un ou plusieurs livres, je vais donc me restreindre et simplifier, au risque d'une simplification outrancière...

Je reprends ici l'argument de notre colloque, pour m'appuyer sur ce fil : « il y aurait une défaillance de l'étayage maternel, ne permettant pas à l'enfant d'élaborer les processus de

séparation. L'objet maternel interne serait vécu comme absent ou incapable de consoler l'enfant perturbé ».

Je m'inspirerai de ce fil de pensée en l'illustrant d'exemples de ma pratique. Je m'appuierai principalement sur le cas clinique d'une patiente, confrontée à des angoisses invalidantes, des questions d'identité sexuelle et de relations aux autres, qui choisit souvent la « beuh », mais pour se réfugier où ? Je compléterai également ceci (si le temps le permet) par deux courtes vignettes cliniques ouvrant sur d'autres formes de dépendance (jeux vidéos, médicaments).

Alexandra

Si j'ai choisi de vous présenter ce cas clinique, du moins en tout cas des extraits c'est déjà pour une raison de coïncidence. Au moment de l'invitation à participer à ce colloque, après plusieurs années d'accompagnement de type analytique, cette femme envisage pour la première fois d'être prise en charge dans une institution pour suivre un programme de désintoxication.

Pour Alexandra l'addiction ou la toxicomanie n'ont pas été le moteur premier de son entrée en thérapie, mais ses difficultés d'organisation avec le réel, une impulsivité incontrôlable qui la conduisait à des passages à l'acte répétés. C'est quelqu'un qui « pète un câble » plusieurs fois par jour, en fait chaque fois qu'une situation inattendue ou chargée émotionnellement la met en difficulté. Peu à peu, elle a compris que ces réactions très impulsives la mettent encore plus en difficulté que ce dont elle tente de se protéger.

Plusieurs années de travail analytique ont aidé cette femme à se construire un Moi plus solide, et trouver une meilleure régulation émotionnelle. Je ne vais pas en faire le résumé, mais les thèmes d'identité sexuelle ont évolué, sa capacité à être en contact avec le monde réel aussi. Elle a passé son bac, refait un cycle d'études, même si l'insertion dans un travail stable semble encore très incertaine. C'est sans doute tout ceci ce qui permet maintenant à d'autres thèmes d'émerger, qu'elle avait jusqu'alors refusé d'aborder.

Quelques éléments d'anamnèse :

Alexandra est une femme de maintenant 31 ans, arrivée en thérapie à l'âge de 24 ans. Deux extraits de nos premières séances vont caractériser sa demande et son état d'esprit alors : «je suis un garçon dans un corps de fille, et lesbienne», «je crois que je ne dépasserais jamais 25 ans». Un des déclencheurs de sa demande de travail a été qu'elle a mis le feu chez un ancien employeur qui l'avait mal traitée sur le plan humain.

Ceci inscrit toute sa vie sous le thème de l'urgence. Urgence à trouver des réponses, urgence à sortir de difficultés relationnelles récurrentes, urgences à... On est dans le drame, et peut-être voit-on déjà un mécanisme addictif à l'œuvre, cette femme est en hyper-excitation permanente, elle est shootée à l'adrénaline. (Sans mauvais jeu de mot cette jeune femme est une abonnée des urgences médicales : elle s'est fracassé à peu près toutes les extrémités que ce soit des mains des pieds dans les sports violents, ou par inattention). On peut y voir la trace de manques dans le chapitre « soin de soi », et sans doute la marque d'une défaillance maternelle précoce.

Parmi les questions à l'œuvre, la question identitaire :

* de genre : suis-je un garçon dans un corps de fille ? Une fille ? Une femme ?

* d'âge : jamais on ne lui donne son âge, souvent plutôt 8 à 10 de moins. Parfois j'ai aussi l'image d'une poupée russe avec un emboîtement : une petite fille de 4 ans curieuse du monde et confiante, une pré-ado de 12 ans en état de choc, une jeune femme de 17 ans méfiante, en rage, une femme adulte capable de raisonner, mais incapable de domestiquer sa ménagerie interne.

* de lieu, de pays, de famille : tiraillée entre ses deux nationalités, une histoire familiale riche et complexe, deux cultures, elle ne se sent jamais à sa place. Etant ici, elle rêve de là-bas, mais lors de voyages là-bas, elle est choquée de l'indifférence de sa famille et de la violence des rapports sociaux (du machisme en particulier : on lui a fait clairement comprendre qu'une lesbienne c'était une femme mal baisée, et qu'on la violait pour la guérir et lui apprendre comment c'est les rapports normaux...).

Venons-en donc à la toxicomanie, qui se manifeste chez elle par deux modalités :

* une consommation régulière, systématique de marijuana entre 4 et 10 pétards chaque soir. Ceci nous donne une piste de « pourquoi » : elle a une peur panique de la nuit et de s'endormir (en particulier seule). Elle ne peut pas dormir dans le noir, a besoin de conditions très particulières pour pouvoir trouver le sommeil est en général ces conditions ne sont réunis qu'aux petites heures, une fois épuisées toutes les stratégies pour repousser le moment de s'endormir. Elle peut par exemple passer huit à dix heures devant la télévision ou regarder des séries télé en boucle. Le côté presque mécanique de l'action et surtout semble-t-il fascination pour le mouvement et le scintillement du téléviseur lui permettent peu à peu de s'endormir.

* Seconde manifestation : une consommation occasionnelle, lors de chaque difficulté ou contrariété, c'est ce qui l'aide en fait à diminuer le taux d'excitation et à se contenir.

Sur le plan de l'histoire personnelle, quelques points de repères rassemblés peu à peu : (c'est une personne qu'il est difficile de garder sur un thème plus de 30 secondes ou une minute).

Elle est issue d'un couple binational, sa mère est française son père étranger et le couple s'est installé dans le pays de son père. Pourquoi ? Inconnu ? Aucune transmission d'histoire, juste l'impression d'une fuite en avant des Parents (ou d'une fuite de la mère pour échapper à l'emprise de sa propre mère). C'est un couple de rencontre assez mal assorti il y a une grande différence d'âge entre sa mère son père sa mère (plus de 20 ans), sa mère l'a conçu jeune et son père pourrait avoir représenté une figure paternelle pour sa propre mère.

Le couple familial vivote, il n'est pas bien clair de quoi vivent les Parents, le père est artiste (peintre), mais produit peu, ne vend pas vraiment. La mère se caractérise par une attitude de femme-enfant, femme-fleur, belle, vivante, séduisante, mais incapable de s'occuper de choses concrètes.

La « défonce » fait partie du paysage familial. Sous une forme sociale et récréative, mais dans laquelle sa mère se trouve peu à peu piégée. Très jeune Alexandra voit ses parents fumer, mais aussi consommer de l'héroïne et de la cocaïne. À 7 ans, elle sait déjà faire la différence entre ces différents produits, il lui arrive également de cacher dans certaines occasions les doses de drogue de sa mère en lui disant que ça ne lui fait pas du bien. Très probablement, A voit également sa mère dans des situations insolites ou fâcheuses, saoule étant le moindre mal, dans une variété d'excès.

Bref, c'est une enfant immergée sans protection dans un monde d'adultes, sans vraie différence des générations. Elle a un accès libre à la vie de ses Parents, mais il manque des étayages fondamentaux. Tant du côté maternel que paternel. Nous verrons cela sous deux angles ultérieurement : ***les difficultés de lien et de séparation, mais aussi le rapport difficile à la loi et l'autorité.***

Le couple se défait vers les 12 ans d'Alexandra, sa mère repart alors en France et pose sa fille chez sa propre Mère pour vivre sa vie, ce qu'elle vit comme un abandon. Cette jeune fille adolescente, assez libre et spontanée découvre à la fois un nouveau pays, de nouvelles règles, une grand-mère inconnue qui vit alors avec une femme dans une relation cachée mais en même temps assez exhibée.

Ce choc est très brutal pour Alexandra, qui depuis idéalise son pays d'origine, sa famille d'origine, en gros le pays de son enfance et le couple parental de son enfance. Une grosse partie de notre travail consistera à sortir de cette idéalisation, reconnaître à quel point en tant qu'enfant elle a souffert de n'être ni vue, ni comprise ni entendue, grandissant entre deux parents post soixante-huitards, babas cool très dans la défonce, la reconstruction (théorique) du monde, et assez coupés du réel.

La défaillance de l'étayage maternel :

Sa Mère n'a jamais été là pour elle. Que ce soit dans son enfance, pas de souvenirs de tendresse, juste d'une vie bohème, elle est une enfant laissée à elle-même.

Son Père la chérit, elle est sa petite princesse, et l'image du Père est (dans un premier temps) très idéalisée.

Les processus de séparation:

Le cœur de notre travail porte sur une séparation impossible, par rapport au « triangle infernal » qu'elles forment avec sa mère et sa grand-Mère. Avec sa mère, c'est « tu me manques, mais c'est impossible de parler avec toi », sachant que les mails et sms sont par dizaines quotidiennement et els coups de fil peuvent être de 3 à 5 heures. Avec la Grand-Mère, c'est le dialogue impossible entre A qui veut (exige ? » D'être comprise et la grand-mère qui ne

comprend que sa propre logique, bref un dialogue de sourdes, sous trame de « je serai plus forte que toi, mais pourquoi es-tu méchante avec moi en permanence ? ».

Mais il est impossible de se détacher de ce système relationnel, qui aspire et attire, sans possibilité de s'émanciper.

L'objet maternel interne, absent ou incapable de consoler l'enfant perturbé

La défaillance maternelle semble être une chaîne familiale, combinée avec l'absence de Père sur 4 générations.

La Mère : fuit sa grand-Mère, mi-monstre de froideur et d'autorité. Vit une vie d'insouciance, de bohème un peu frivole, mais ne parvient à rien construite. Revient vers 50 ans en France pour travailler comme elle peut.

La grand-Mère : fait un enfant avec un homme de passage, qu'elle rejette

L'arrière-grand-mère : se marie deux fois, a une première fille qui meurt, puis des jumelles (la grand-mère et sa sœur). Qui se détestent et s'agressent en permanence.

La bisaïeule : fait un enfant avec un homme qu'elle rejette.

Les images de femme fortes et phalliques...

Le rapport à la Loi un peu difficile ou défaillant.

Toute autorité est d'abord vécue à priori comme illégitime, voire comme manipulatrice ou dangereuse...

En parallèle de sa vie de toxico, A est également une dealeuse... car l'économie de la débrouille fait partie des conditions de survie dans un monde, où victimes et bourreaux se mélangent un peu.

Dans ce paysage, deux irruptions de la Loi, sous des formes diverses :

* il y a deux ans, un de ses dealers se fait serrer, or A a une dette envers lui et cet homme envoie des hommes de mains récupérer son dû. Elle panique de ce rapport « musclé » à la loi, qui est ici la Loi du milieu...

* il y a 6 mois, la Loi, (l'autre, en l'occurrence, la Police) la convoque pour l'auditionner, car un autre dealer a été arrêté. A se trouve dans une posture difficile, ne connaissant pas ses droits,

en pleine confusion entre « suis-je arrêtée, en garde à vue, menacée ? ». et craque en plein commissariat, -sans ses protections habituelles, car elle est dans un sevrage quasi-forcé...
Panique à bord...

Les pistes d'évolution:

- * l'intégration de la loi
- * la permanence du lien (dans le transfert)
- * la capacité d'auto-régulation

Junior

Junior est un homme de 25 ans que je souhaite inviter ici pour l'addiction aux jeux : il a été capable de jouer en ligne pendant 48 heures d'affilée, semble-t-il sans manger, sans boire, sans dormir ni pisser... A mon commentaire saluant ce qui semble être comme une performance, il me dit « oh, j'en connais qui jouent plus longtemps ».

Fonction de ceci : le couper du monde, de le couper de ses sensations, d'un sentiment d'échec et de gaspiller ses dons. Il oscille entre grandiosité « je suis un génie » et une image désastreuse de lui.

Senior

Senior est lui un homme de 70 ans qui est capable de lire dans sa vie une chaîne d'addictions. Étant ado, il se masturbait de façon compulsive, puis il a dragué à peu près tout ce qui passait près de lui. Dans sa vie d'adulte, il est devenu alcoolique, puis a consommé des antidépresseurs pendant 30 ans.

Son entrée en thérapie était motivée par la question « puis-je faire moins pire pour le temps qui me reste à vivre ? »

Il quitte le paradis de l'enfance (l'Afrique pour lui) et se retrouve dans une pension grise et froide, tenue par des religieux. Il y vit un sentiment d'abandon et d'isolement, doublé d'abus sexuels qui le mènent à douter de tout, de son identité sexuelle, de ses désirs, de qui il est.

Pierre de Romanet

Psychanalyste

Psychopraticien

Praticien agréé de la SFPI

Paris, le 18 octobre 2014

SEX-ADDICT– Lucienne Spindler

INTRODUCTION

Pourquoi penser certains modes de comportements sexuels davantage en termes d'addiction plutôt qu'en termes de traits distinctifs de libération culturelle ?

Le libertinage, la fréquentation de sites pornographiques, de sites de rencontre en ligne, un nouvel art d'aimer, un ordinaire pratique de la sexualité ou l'art consommé du contournement d'une souffrance dépressive majeure ?

J'éclairerai ma réflexion en m'appuyant sur deux cas cliniques dont le positionnement différent, voire opposé, en tout cas paradoxal par rapport au mode d'attachement, de constitution du lien, et de séparation/perte illustre la problématique rencontrée.

Je vais partager mes notes de manière narrative comme elles me sont venues. Ce qui manque à ces patients, dont je vais parler, c'est justement la dimension narrative, scénarisée de leurs vécus, en tant que sujet de leur histoire. D'où la mise en urgence comme réponse à l'angoisse d'un objet quelconque, produit, comportement calmant dans l'immédiateté.

Je commencerai par vous parler de cette personne qui vient me voir, de la part de quelqu'un qui connaît quelqu'un qui connaît quelqu'un qui me connaît.

Un homme bien fait de sa personne en costume cravate, d'un milieu social certain et qui arrive à mon cabinet situé dans le quartier des Affaires.

Bonjour et cette main molle et ce corps qui se déroben au contact me mettent mal à l'aise.

Je ne rencontre rien.

Ce patient me dit d'emblée :

« Je suis un libertin mais ce n'est pas pour cela que je viens. Je viens pour me préparer au deuil à faire de mes parents »

Je suis donc prévenue.

C'était un homme de 50 ans qui n'avait jamais constitué de liens de couple et qui s'en trouvait bien.

Tant que le couple de ses parents subsistait.

Aujourd'hui il aimerait répondre à une attente de son père qui va bientôt mourir après trois AVC.

Son père voudrait bien une descendance. Lui n'est pas contre mais à une condition : que ce soit avec une femme libertine comme lui en âge d'être mère.

Il en avait trouvé une, de libertine, dans son club échangiste, la petite quarantaine, celle qu'il appelle « ma paranoïaque ».

Mais voilà qu'une fois en couple, celle-ci n'a plus supporté les comportements de libertinage. Difficile de se débrouiller avec cette histoire d'excitation de peau, de muqueuses et d'orifices ! Et dans le lien intime avec l'autre, n'en parlons pas...

Et pourtant c'est ce que je vais tenter de faire à travers la clinique qui est la mienne et que beaucoup d'entre vous connaissent.

Une clinique de psychanalyse intégrative où le corps tonico-émotionnel, le corps affectif, le corps énergétique au plus près des régulations neuro-végétatives, est en jeu au même titre que les productions psychiques.

Nous sommes dans une clinique psychosomatique avec la compréhension que nous offre l'ABE enrichie aujourd'hui de l'apport des neurosciences d'une part et des théories relatives à la construction des liens précoces d'autre part. Nous savons, en effet, désormais, depuis Winnicott et les travaux de Bowlby que les relations d'attachement présentes dès le début de la vie s'avèrent être aussi importantes et structurantes que l'instinct sexuel.

C'est un outil permettant d'aborder le trauma qui maintient énergétiquement la personne dans des formes sensori-émotionnelles pathologiques, et aide à recréer des expériences sensorielles, affectives, émotionnelles, et motrice, là où il a eu du déficit.

Pour revenir à mon libertin sur lequel je ne m'attarderai pas longtemps dans le but de vous parler de 2 autres patients, était-il un sex-addict ?

Oui, ses parties de jambes en l'air dans les clubs d'échangistes lui étaient nécessaires, et ce, depuis ses 14 ans. Il s'agissait bien d'un comportement compulsif indispensable au maintien de son équilibre psychosomatique et non pas une activité librement choisie le plaçant au-dessus du lot du commun des mortels.

Non parce qu'il s'agissait de bien autre chose que de sexualité. Et d'une certaine façon il avait raison de m'avoir signalé que le libertinage n'était pas « le problème ».

Il me dit : *« J'ai eu une vie facile, plaisante, légère. Tout m'a sourit. Mais depuis 3 ans rien ne va plus. Mon père a fait un AVC, puis un deuxième, et mon contrat de travail non loin de chez mes*

parents à l'époque n'a pas été renouvelé. Cette tentative avec ma paranoïaque a été un fiasco. Mon père vient de faire un troisième AVC et est très détérioré, ses jours sont comptés. Cerise sur le gâteau, ma mère vient de déclarer un cancer du pancréas. Avec les allers-retours incessants et la charge de mon nouveau poste, j'ai peur pour ma santé. »

En l'écoutant, je me dis qu'en effet c'est beaucoup en peu de temps et je pense en aparté qu'il est de plus entré dans la cinquantaine. La libido n'est plus la même et sa jeunesse triomphante, derrière.

Le remaniement qu'il doit faire de sa vie, touche à sa sexualité, à la construction de ses figures parentales aux liens construits avec les deuils à faire de cette flamboyance narcissique, les pertes et séparations à venir, l'entraînent en dépression. Une dépression dont le risque est au corps étant donné le niveau de clivage et d'incapacité à métaboliser grand-chose de ses émotions. Son homéopathe lui dit que son foie n'est pas en bon état.

La manière toute factuelle dont cette personne pose son problème relève de la pensée opératoire. Sa pensée associative est pauvre et ne donne guère accès à d'autres niveau de conscience, encore moins aux processus de symbolisation. J'ai à faire à un psychisme plat. Et de fait, de son transfert je ne ressentirais pas grand-chose. C'est froid, formel, technique. Je me dirai que je fais sans doute partie du personnel domestique dont il a été entouré. C'est un transfert désobjectalisant comme le nomme A. Green :

« L'absence de communication avec l'inconscient constitue une véritable rupture avec sa propre histoire. La parole semble seulement conservée pour décrire les événements et médiatiser les relations » 1986 La pulsion de mort. Paris, PUF, p.49-59.

De toute évidence cet homme n'était pas équipé pour réguler par lui-même, ses conflits, ses tensions, et ses émotions en excès. C'est ce qui me fera faire l'hypothèse de traumatismes répétitifs du développement et d'autres factuels, et donc proposer l'abord à médiation corporelle d'Analyse Bioénergétique.

Dans mon contre-transfert je suis alertée par le risque de décompensations au corps ou sur des voies mélancoliques, et le resterai durant la traversée des trois ans que durera notre travail. Le temps que ses deux parents meurent au cours des deux premières années et qu'il revisite son histoire la troisième année en triant les affaires dans l'énorme maison de ses parents où son père faisait ses consultations de chirurgie reconstructrice : La mort, la dépression, les somatisations rôdent.

Dans son économie psychocorporelle-affective je comprends mieux à quoi lui a servi le libertinage. De décharge d'un trop plein d'excitation, de recharge d'un vide d'excitation qui risquait de refluer au corps.

Je garde en moi l'empreinte de cette main qu'il me tend au « bonjour » et qui s'affaisse mollement au contact, entraînant un mouvement peu perceptible d'effondrement général de tout le corps que je percevrai de plus en plus en séance. Nous travaillerons à l'aider à réguler une anxiété massive, envahissante et désorganisatrice, signe le déficit d'interactions sensorielles émotionnelles et motrices sécurisantes avec la figure maternelle.

Nous verrons que dans les deux lignées parentales il y a des traumatismes de deuil non fait, de frères morts disparus brutalement. Une grand-mère maternelle instable, gravement dépressive.

De toute évidence dans son histoire personnelle il y a des traumas comme je l'ai déjà dit.

Sa mère l'a eu sur le tard vers la quarantaine à la suite d'une opération faite par son mari sur ses trompes. C'est une mère très idéalisée par mon patient qui lui est très attaché mais bien absente comme vous allez le comprendre. Elle n'a pas tenu son rôle protecteur de pare-excitation qui fait que pour le petit la réalité interne et externe ne devient pas trop envahissante. Du coup cet espace que Winnicott nomme l'air transitionnel n'a pu se créer en sécurité.

Pour contenir l'hémorragie qui se profile vers ce que P. Marty appelle « la dépression essentielle » (perte de la libido, fatigue, absence de rêves ou de fantasme je lui propose l'outil qui est le mien, L'ABE dans l'idée de relancer les processus vitaux au corps. Nous savons aujourd'hui grâce à l'apport des neurosciences que Reich et Lowen à sa suite avaient découvert quelque chose d'essentiel avec la vibration bioénergétique. Ce mouvement vibratoire involontaire qui s'active à la suite de certaines positions dites de stress provient du tronc cérébral pour la relance du tonus vital. En proposant ce travail apparemment technique sur le tonus de base je sais que je vais également soutenir le tonus psychique de base de mon patient au plus près des perceptions, des sensations, des émotions avec la motricité.

Dans l'entre deux de nos corps, le corps de mon patient va s'insuffler, s'animer d'interactions émotionnelles et affectives non parlées nécessairement. Dans ce terreau de la relation archaïque où se construit le narcissisme, la base identitaire de l'individu, les failles, les effractions, empiètements manquements, traumas de toutes sortes, ne vont pas manquer de se manifester.

Arrive une séance où mon patient m'apporte un rêve. Elle fait suite à une séance qui l'a beaucoup remué ; où j'avais dû mobiliser une forte présence pour l'aider à contenir des mouvements désorganiseurs et à intégrer des formes auto calmantes au corps.

Le rêve est une image puissante, à laquelle il n'associe rien mais qui l'étonne :

« Il voit arriver comme un tsunami, une vague énorme qui s'approche de plus en plus. Ce n'est pas de l'eau. C'est du sang ! »

Il se réveille.

Si lui n'associe rien et ne ressent pas grand-chose à part de l'étonnement, pour ma part, je ressens frayeur et angoisse.

Je lui dis simplement de manière non saturante : *« Votre père était un chirurgien renommé, il devait beaucoup opérer, le sang ne manquait pas... »*

Ma remarque l'aidera durant la semaine à faire des liens avec son histoire. Il me rapporte des souvenirs banalisés qui m'horrifient et m'angoissent face à l'inconscience parentale.

Il s'est souvenu qu'à l'âge de cinq ans son père l'avait emmené en salle d'opération, sa mère ne pouvant le garder. Chose qui se reproduira, son père désirant pour lui un destin de chirurgien. Dès cet âge et peut-être même plus jeune, son père l'emmène à la chasse et lui fait voir comment découper au scalpel, chevreuils, sangliers.

Ce même père qui consulte dans la demeure familiale le laisse jouer dans son bureau au milieu des photos, radios, dessin, mannequin représentant des morceaux de corps à reconstruire. C'est là aussi qu'il a accès précocement aux revues pornographiques paternelles.

Je me dis à part moi qu'il est s'est fait libertin mais aurait pu aussi bien devenir un sérial killer. A partir de là nous pourrions davantage aborder des éléments de terreurs schizoïdes enkystés. Nous ne pourrions guère toucher à ses figures parentales très idéalisées parce que bien abîmées.

Ses aménagements de style libertin semblent être passés en arrière-plan.

Il faut dire que l'accompagnement de fin de vie de sa mère lui prend beaucoup de temps. Il revisite avec elle son histoire familiale.

Quand il décide d'arrêter un an après la mort de sa mère qu'il espérait sauver, je le laisse aller. Il avait plus ou moins entamé une relation avec la jeune oncologue de sa mère et envoyé balader une libertine qui le harcelait.

Je lui dis que ma porte lui reste ouverte.

Quant à ces deux patients Luc et Manu dont je vais maintenant vous parler, ils avaient tous deux des comportements compulsifs de fréquentation de sites de rencontre et de sites pornographiques.

Ils étaient mal avec cette façon de faire mais ne pouvaient s'en empêcher. Pas à n'importe quel moment, mais durant les périodes de séparation.

L'un comme l'autre tentait de colmater ainsi une détresse, une angoisse d'abandon incommensurable qui les faisaient basculer dans un vide affectif abyssal.

Les assises de leur construction narcissique à travers les liens précoces étaient étonnamment semblables. Ils avaient été investis d'une impossible tâche messianique, celle de contenir la dépression maternelle et d'être garants de la survie du couple parental. Tous deux non seulement s'agrippaient à la dépression du couple parental mais aussi étaient agrippés par elle. Dans les filiations des deux côtés apparaissaient des ruptures brutales, des migrations-exils, la folie, la dépression et des suicides familiaux réactualisés dans la fratrie actuelle.

En ce qui concerne Manu, c'est le frère aîné ; pour Luc c'est une sœur juste avant lui.

Tous les deux avaient fait une psychanalyse qui les avait aidés sur le plan professionnel et sûrement pour tenir hors de la destructivité totale, mais ils n'arrivaient toujours pas à constituer de couple stable dans la durée.

Luc avait développé un mode d'agrippement anxieux-évitant en se défendant contre des angoisses d'intrusion et d'empiètement. La proximité l'étouffait, le néantisait.

Manu quant à lui était dans un mode d'agrippement anxieux-emprisant, étouffant l'autre. Toute distance le jetait dans les affres de la perte.

Avec ces deux patients à symptomatologie états limites sachant que nous travaillerions avec la régression, sachant les hauts niveaux de dépendance dans lesquels ils étaient et les risques de passage à l'acte, j'ai au cours de leur prise en charge, diversifié mon cadre. C'est-à-dire que je leur ai proposé de faire du groupe en plus de leur séance hebdomadaire d'une heure, un groupe de 4 fois/an animé par des collègues analystes bioénergéticiennes. Ce qui leur offrait plus de temps et d'espace dans un contenant à forte résonance.

Il m'est arrivé peu souvent mais à certains moments de modifier également mon cadre en séance, c'est-à-dire de proposer à Luc de rester plus longtemps quand je le pouvais et s'il le pouvait.

Un exemple : Il arrive un jour pour la première fois en séance chargé comme une bombe, les yeux exorbités, allumés. Je lui propose de rester debout, il tourne dans la pièce comme une

bête enragée disant qu'il a la haine, ne se supporte plus et veut se taper la tête contre les murs. Il a les mouvements pour le faire mais ne passe pas à l'acte, comme cela lui est arrivé parfois chez lui, jusqu'à se retrouver aux urgences. La raison de cette fureur qu'il retourne contre lui-même vient d'une blessure narcissique à vif. On a choisi un autre projet que le sien jugé intéressant mais trop intellectuel, au cours d'une réunion pour un appel d'offre régional.

Je lui propose un travail d'enracinement et de contenant qu'il connaît, l'arc inversé.

Il ne peut tenir la position tant l'excitation est forte en lui. Il se relève et dit qu'il veut se battre. Je lui dis que c'est sans doute une manière de se soulager de la tension en sentant davantage ses contours corporels, sa peau. Et que je vais le faire à sa place pour qu'il ne se fasse pas mal. Je lui propose de s'allonger sur le ventre et je le bats comme on bat du linge la main en battoir, ou de la terre à modeler. Il sanglote et se calme, se remet sur le dos.

C'est à ce moment-là que je lui propose de rester plus longtemps pour que nous puissions l'aider à intégrer davantage les mouvements internes autocalmants.

Je lui prends la nuque dans les mains et l'encourage à respirer avec le mouvement vibratoire énergétique qui arrive à partir de ses pieds. C'est un tremblement dit maintenant neurogénique. Mon positionnement contre transférentiel est assez évident.

A la fin de la séance, il parlera d'une sensation étrange, nouvelle pas déplaisante. « Il y a dans mon corps comme des bulles entourées d'une peau. C'est comme un ballon avec une enveloppe consistante. »

Dans les séances qui suivent, il apporte un rêve-image : « dans le désert je vois une fleur d'un beau jaune émerger du sable. »

Ça se passerait de commentaire mais je ne peux m'empêcher de penser au concept de Soi chez Jung, qui lui est venu à partir du texte chinois, Le mystère de la fleur d'or.

Le sentiment esthétique dégagé puissamment par son rêve contient, condense, et potentialise tous les niveaux somato-psycho affectifs de mon patient : la perception, la sensation, l'émotion et l'image, condensé de représentation.

Luc sait que ce rêve est important. Il dit que ça lui fait du bien. Et par la suite il va s'en servir d'appui, et de ressourcement à certains moments de débordements. Il dira aussi refaire chez lui quelques exercices d'Analyse Bioénergétique pratiqués en séances. Il en remodèle même certains à sa façon.

Il va dire ces petits moments d'existence qu'il sent de plus en plus en lui : « c'est très petit, ténu et ça bat ici » dit-il en montrant le creux de sa poitrine entre les seins, quand il en parle il touche à une émotion de ravissement émouvante.

C'est aussi à partir de cette période qu'il va tenter tant bien que mal d'oser poser des limites aux empiètements, intrusions de toutes sortes qu'il vit. Surtout face à sa compagne. Il lui faut affronter sa culpabilité d'exister qui est immense. Oser être sujet et non plus objet de l'autre. Ce sont des niveaux d'angoisse et de terreur d'une grande violence qui le mettent au bord du passage à l'acte contre lui-même.

Pour affirmer son droit à l'existence c'est un combat héroïque, titanesque contre un surmoi persécuteur d'une cruauté sans nom. L'excitation pulsionnelle suscitée par le conflit est tel qu'il entre en chaos. Sa capacité à penser, hiérarchiser, réguler, disparaît. Poser des limites c'est risquer la séparation et donc la perte. Il aborde une autre étape de son développement psychique.

Ces exemples nous montrent comment certains comportements addictifs, ici, sexuels, viennent palier à l'absence de capacité contenant, capacité non mise en place dans le processus de constitution des liens précoces au plus près du corps, là où la Mère sert de contenant régulateur, médiateur, pour tenir au fur et à mesure les ajustements entre l'intérieur et l'extérieur.

L'excès d'excitation angoissante, car débordante, devient non transformable, non représentable et partant non symbolisable.

Cet excès s'évacue directement à travers la pulsion sexuelle dans une confusion des espaces corporels et des langues.

Lucienne Spindler

Psychologue clinicienne
Psychanalyste
54 rue de la République, 75002 Marseille
luspindler@gmail.com

Paris, le 18 octobre 2014

JASMINE ET ARIELLE ? UNE HISTOIRE ? DEUX DESTINS – Nicolas de Salles de Hys



Contexte

- Travail de secteur de psychiatrie :
 - Psychoses, états aigus
 - Toxicomanies
 - Névroses graves et états-limites
 - Hospitalisation et ambulatoire
 - Tout-venant, dernier recours
 - Un secteur adulte \approx 60 000 habitants
 - Travail en équipe pluridisciplinaire

Jasmine et Arielle

Similitudes de parcours

- Alcoolisme parental
- Inceste par le père et les beaux-pères
- Violences parentales
- Placements répétés en familles d'accueil
- Pas de placement en institution ou foyer
- Déscolarisation
- Victimes de viols (adolescence et âge adulte) en état d'ébriété
- Enfants de plusieurs lits
- Perte des droits parentaux

Similarités symptomatologiques

- Alcoolisme depuis l'adolescence
- Conduites de répétition sexuelle
- Troubles anxio-dépressifs
- TS à répétition en situation de perte
- Demandes de prise en charge répétées mais ambivalentes
- Hospitalisations à répétition



Similarités de prise en charge

- Cadre institutionnel
 - Centres d'alcoologie, hospitalisations >6mois
 - Hospitalisations en psychiatrie >3 mois
 - Suivi médico-social au long cours
 - Traitement antidépresseur, anxiolytique, régulateur d'humeur
 - Médecin généraliste de confiance



Similarités de prise en charge

- Cadre psychothérapeutique
 - Demande de prise en charge spontanée
 - Transfert idéalisé
 - Régression massive spontanée
 - Adhésivité
 - Logorrhée
 - L'interprétation soulage l'angoisse (Kernberg)
- Proposition de psychanalyse intégrative

Différences d'évolution

- Arielle
 - Alcoolisme
 - Séances en pointillés
 - Condamnations
 - Toxicomanie
 - Compagnons SDF
 - Enfants victimes
 - Désocialisée
- Jasmine
 - Abstinence fragile
 - Méditation
 - Groupe de parole
 - Individuel hebdo
 - Compagnon stable
 - Enfants ok
 - Socialisée

Echec du soin

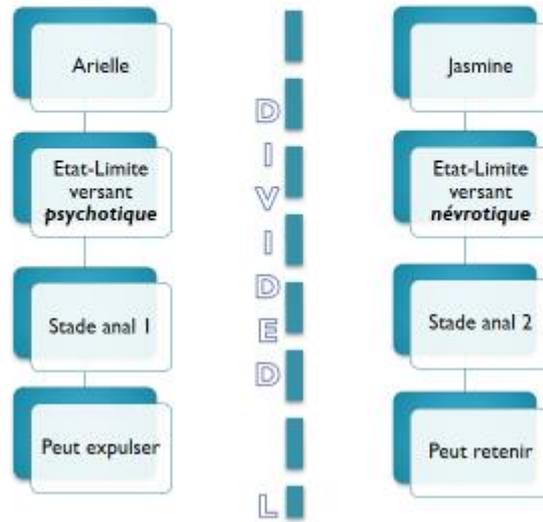
Réussite du soin

Pistes explicatives

- Génétique
- Classe sociale
 - Arielle CSP+, Jasmine CSP-
- Antécédents parentaux
 - Père Arielle US Vietnam, ESPT
 - Mère Jasmine « Assistance Publique »
- Fratrie
 - Jasmine entourée de ses frères en placement
 - Arielle enfant isolée

Pistes explicatives

- Différences structurelles



Pistes explicatives

- Différences transférentielles

- **Arielle**

- *Personne ne me convient sauf vous*
- *J'ai peur d'être dépendante de vous*
- *Vous me rassurez car vous êtes aristo*
- *Vous m'avez trahi*

- **Jasmine**

- *Ça me fait du bien de vous parler*
- *J'avais besoin de vous voir*
- *J'avais hâte d'avoir ma séance*
- *Heureusement que je vous ai rencontré*

Pistes explicatives

Arielle

- Toxicomanie dure et violences
- Structure orale-schizoïde
- Caractère paranoïaque

Jasmine

- Alcoolisme et sexualité compulsive
- Structure orale-rigide
- Caractère hystériforme

Pistes explicatives

- Différences identificatoires
 - Jasmine
 - Père violent, mère négligente abandonnique
 - Identification primaire à la mère idéalisée
 - Identification secondaire au père dans le symptôme
 - Arielle
 - Mère violente et toxique, père paranoïaque
 - Identification idéalisée au père contre la mère
 - Attaquée par l'imgo maternel de mort

Pistes explicatives

- Jasmine
 - La mère négligente est idéalisée face à la violence du père, et permet un attachement.
 - Permet la relation thérapeutique
- Arielle
 - La mère mortelle oblige l'attachement au père paranoïaque idéalisé
 - Toute relation d'aide est désormais interdite pour survivre
- La possibilité d'un attachement comme prédicteur de l'issue thérapeutique

Conclusion

- Intérêt de la pratique intégrative pour adapter le cadre au patient et pour orienter Arielle
- Deux histoires de vie similaires
- Mais deux destinées contrastées
- Les figures d'attachement liées à la résilience



Jasmine et Arielle Une histoire, deux destins

Merci de votre attention

Nicolas de Salles de Hys
Psychologue clinicien – Psychanalyste
Praticien agréé SFPI
desallesdehys@gmail.com
06 29 55 07 89

11 Rue Tronchet
75008 PARIS

CMP La Garenne Colombes
Secteur 92G05

Société Française de Psychanalyse Intégrative (SFPI)

6, rue Beauregard

75002 Paris

www.sfpsychanalyseintegrative.org

contact@sfpsychanalyseintegrative.org