



# Défaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives : revue de la littérature et étude de cas cliniques

Delphine Desjardins-Begon

► **To cite this version:**

Delphine Desjardins-Begon. Défaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives : revue de la littérature et étude de cas cliniques. Human health and pathology. 2013. <dumas-00918394>

**HAL Id: dumas-00918394**

**<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00918394>**

Submitted on 13 Dec 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE NICE  
FACULTE DE MEDECINE DE NICE**

**DEFAILLANCES NARCISSIQUES ET TROUBLES DE  
L'ESTIME DE SOI DANS LES CONDUITES ADDICTIVES :  
REVUE DE LA LITTERATURE ET ETUDE DE CAS CLINIQUES**

**THESE DE MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de médecine de Nice

Le 20 septembre 2013

par

Delphine DESJARDINS-BEGON

Née le 17 décembre 1984 à Nice

Interne en DES de Psychiatrie générale

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur D. PRINGUEY Président du jury,

Monsieur le Professeur G. DAR COURT Assesseur et Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur X. HEBUTERNE Assesseur,

Monsieur le Docteur C. CARRERE Assesseur et Directeur de thèse.



UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Assesseurs</b>	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	M. SCALABRE Grégory
<b>Chef des services administratifs</b>	Mme HIZEBRY Valérie
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAPALUS Philippe
M. BOQUET Patrice	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOURGEON André	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CHATEL Marcel	M. LOUBIERE Robert
M. COUSSEMENT Alain	M. MARIANI Roger
M. DARCOURT Guy	M. MASSEYEFF René
M. DELMONT Jean	M. MATTEI Mathieu
M. DEMARD François	M. MOUIEL Jean
M. DOLISI Claude	Mme MYQUEL Martine
M. FREYCHET Pierre	M. OLLIER Amédée
M. GILLET Jean-Yves	M. SCHNEIDER Maurice
M. GRELLIER Patrick	M. SERRES Jean-Jacques
M. HARTER Michel	M. TOUBOL Jacques
M. INGLESAKIS Jean-André	M. TRAN Dinh Khiem
M. LALANNE Claude-Michel	M. ZIEGLER Gérard

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
M. BASTERIS Bernard  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
M. EMILIOZZI Roméo  
M. GASTAUD Marcel  
M. GIRARD-PIPAU Fernand  
Mme MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. POIRÉE Jean-Claude  
Mme ROURE Marie-Claire

## PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GÉRARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

## PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastroentérologie (52.01)

### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNÉ Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

## PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

## PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNÉ Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

*A mon mari,*

*Sylvain mon amour, merci pour ta patience, ton soutien et ton amour ; tu m'as toujours encouragée depuis le début de « l'aventure médecine », tu as été le garant de la poursuite de ces études, mon « assistant » de la P1 jusqu'à la rédaction de ce travail. Travaillant dans un tout autre domaine, tu as pourtant toujours porté un grand intérêt à ce que j'étudiais et à toutes mes expériences à l'hôpital, tu n'as jamais cessé de croire en moi et de me rassurer.*

*Avec tout mon amour je te remercie d'être à mes côtés.*

*A ma mère et ma sœur, votre amour inconditionnel, vos encouragements, votre dynamisme me portent et sont en moi depuis toujours.*

*Vos grandes qualités humaines m'aident dans la pratique avec les patients que je rencontre chaque jour, vous faites, toutes les deux, preuve d'un immense altruisme et d'une grande générosité que j'ai toujours admirés.*

*A mon père parti trop tôt, de là où tu es tu as toujours veillé sur moi tout au long de ces dix années, ta curiosité et ton savoir sont à l'origine de ces études.*

*A mes fidèles amies :*

*Lélia, Delphine, Laura E., Bérénice, Déborah.*

*Merci pour votre amour, votre soutien et tous ces merveilleux moments passés ensemble.*

*A Jeza, Gabrielle et Marc et leurs enfants respectifs ainsi que Michel, vous êtes pour moi une seconde famille. Michel je te remercie de tout cœur pour ton aide précieuse et attentionnée dans ce travail.*

*A Nadine, ta présence tout au long de ces études a été d'un immense réconfort.*



*A ma belle famille :*

*Domi, Philippe, Odile, Carine, Camille et Adrien, soyez assurés de mon amour et de ma présence à vos côtés en tant que membre à part entière de la famille.*

*Mimi, Alain, Christelle, Adrien, merci pour tous ces moments remplis de joie passés à vos côtés, ces formidables vacances en Aveyron entourés des trois petits anges, l'aide à la mise en page de ce travail et vos encouragements.*

*A Guy, Christophe et Amandine pour tous ces bons moments passés ensemble.*

*A mon parrain et sa femme, merci pour tout ce que vous faites pour moi depuis ma naissance, je vous aime fort.*

*A ma marraine, avec tout mon amour merci pour ta générosité.*

*A mon oncle et à ma tata magicienne que j'aime tant.*

*Aux collègues rencontrés pendant les études, devenus amis :*

*Nicolas, Marie-Line, Myriam, Stéphanie B-A, Laura Z, Ambre, Sevan, Claire et tous les autres.*

*A toutes les adorables équipes rencontrées tout au long de mes stages.*

*A Hélène, pour cette solide amitié rapidement installée.*

*A Monsieur T., merci pour votre soutien et votre formidable travail.*

*A Ornella, merci pour ton amitié et nos longs moments passés à la bibliothèque, bien agréables malgré le travail.*

*Au Docteur Plasse, avec toute mon affection :*

*Chère Dominique vous m'avez appris tant de choses, vos grandes qualités humaines et professionnelles imprégneront pour toujours ma pratique.*

*Et merci à tous les patients qu'il m'a été donné de rencontrer pendant l'externat et l'internat, et tout particulièrement ceux qui m'ont accordé leur confiance pour élaborer cette thèse.*

*Monsieur le Professeur Pringuey,*

*Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse,*

*Votre dynamisme, votre savoir ainsi que votre immense culture dans de nombreux domaines ont été des guides précieux durant tout l'internat.*

*Puissiez-vous trouver ici le témoignage de mon admiration et de mon profond respect.*

*Monsieur le Professeur Darcourt,*

*Vous me faites l'honneur de diriger mon travail, je vous remercie pour votre bienveillance, votre disponibilité, la grande qualité de votre pédagogie et vos précieux conseils.*

*Je vous remercie de faire perdurer l'enseignement des concepts psychanalytiques pendant l'internat de Psychiatrie ; j'ai ainsi pris beaucoup de plaisir à assister aux deux séminaires que vous avez proposés lors du DES.*

*Votre attention à nos questionnements cliniques et les réponses que vous nous avez apportées ont été une grande richesse.*

*Puissez-vous trouver ici le témoignage de mon profond respect et de mon attachement.*

*Monsieur le Professeur Hébuterne,*

*Vous me faites l'honneur de juger mon travail ;*

*Je vous remercie de tout cœur de m'avoir accueillie dans votre Pôle pour mon stage en Addictologie, grâce à vous j'ai pu diversifier mes connaissances dans le domaine digestif et celui des conduites addictives, j'ai également pris beaucoup de plaisir à travailler aux côtés de vos formidables équipes.*

*Monsieur le Docteur Carrère,*

*Christian vous avez cru en mon travail depuis le début, j'ai vraiment été honorée que vous acceptiez de le diriger.*

*Vos grandes qualités humaines ainsi que votre sens très fin de la clinique m'ont beaucoup apportés ; votre façon de travailler avec les patients m'a permis de voir combien la psychopathologie peut nous éclairer dans la pratique quotidienne.*

*Soyez assuré de mon profond respect ainsi que de mon amitié.*

## Table des matières

<b>Introduction générale</b> .....	12
<b>I/ Première partie : le narcissisme et les troubles de l'estime de soi.</b> .....	17
I/1. Introduction .....	17
I/2. La confiance en soi : .....	17
I/3. L'estime de soi : .....	18
I/4. L'amour de soi : .....	21
I/5. Attachement et estime de soi .....	21
I/5.a. Winicott (1896-1971) : .....	21
I/5.b. Bowlby (1907-1990) : .....	26
I/5.c Ainsworth : .....	27
I/5.d Mélanie Klein (1882-1960) : .....	28
I/6. Le Narcissisme et les différents auteurs : .....	32
I/6.a. Historique du terme : .....	33
I/6.b. <i>Vocabulaire de la psychanalyse</i> , de Laplanche et Pontalis : .....	34
I/6.c. Le Narcissisme étudié par S. Freud (1856-1939) .....	35
I/6.d. Le narcissisme étudié par O. Kernberg (1928- ).....	38
I/6.e. Le Narcissisme étudié par H. Kohut (1913-1981) : .....	39
I/6.f. Le Narcissisme étudié par B. Grunberger (1903-2005):.....	40
I/6.g. Le Narcissisme étudié par J. Bergeret (1923- ) .....	42
I/6.h. Paul Federn (1871-1950) : Frontières du moi et narcissisme .....	43
I/7. Les affects narcissiques .....	45
I/8. L'Echelle d'estime de soi de Rosenberg : .....	47

I/9. Conclusion .....	48
<b>II / Deuxième partie : les addictions.....</b>	<b>51</b>
II/1. Historicité : .....	51
II/2. Généralités sur les addictions : .....	53
II/3. La dépendance selon l'Organisation Mondiale de la Santé : .....	54
II/4. DSM et CIM 10 .....	55
II/5. Goodman A. ....	58
II/6. Quelques produits d'addiction : .....	60
II/6.a. La cocaïne (dimension narcissisante) .....	60
II/6.b. L'alcool .....	62
II/6.c. Le cannabis .....	64
II/6.d. Les jeux vidéo .....	65
II/7. Neuroanatomie et biologie des addictions : .....	68
II/7.a. Structures cérébrales impliquées : .....	69
II/7.b. Le système opioïde endogène et la dépendance .....	72
II/7.c. Découplage et « désynchronisation » des systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques : .....	75
II/7.d. Le Craving : .....	75
II/8. Psychopathologie des addictions : .....	76
<b>III/ Troisième partie : étude de cas cliniques.....</b>	<b>82</b>
1 <sup>er</sup> cas clinique : Eric .....	82
2 <sup>ème</sup> cas clinique : Gaël .....	92
3 <sup>ème</sup> cas clinique : Agnès .....	104
4 <sup>ème</sup> cas clinique : Diana .....	110
<b>IV/ Quatrième partie : liens entre troubles de l'estime de soi et conduites addictives...</b>	<b>119</b>



IV/1. Introduction.....	119
IV/2. Narcissisme, addiction et relation d'objet .....	120
IV/3. Winnicott .....	121
IV/4. Bowlby / Ainsworth .....	123
IV/5. Freud.....	123
IV/6. Mélanie Klein.....	124
IV/7. Kohut/ Grunberger .....	125
IV/8. Bergeret .....	125
IV/9. Pédinielli .....	127
IV/10. Le modèle de l'Ordalie (Charles-Nicolas et Valleur 1981).....	128
IV/11. Temporalité et addiction : .....	129
<b>Conclusion :</b> .....	131
<b>ANNEXE</b> .....	135
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	136

*« Qu'est-ce donc que nous crie cette avidité et cette impuissance sinon qu'il y a eu autrefois dans l'homme un véritable bonheur, dont il ne lui reste maintenant que la marque et la trace toute vide et qu'il essaie inutilement de remplir de tout ce qui l'environne, recherchant des choses absentes le secours qu'il n'obtient pas des présentes, mais qui en sont toutes incapables ? »*

Blaise PASCAL, *Pensées*.

## **Introduction générale**

C'est lors de notre rencontre avec des patients présentant des **conduites addictives** que nous nous sommes interrogés sur leur souffrance, liée, entre autres, à des carences narcissiques ou, (pour parler avec des concepts plus actuels) souffrance liée à la **faible estime qu'ils avaient d'eux mêmes**.

Nous avons ainsi décidé d'approfondir les recherches existantes sur les troubles de **l'estime de soi** et sur **les failles narcissiques** puis de les mettre en relation avec la **problématique addictive**.

Les concepts de « narcissisme » et « d'estime de soi » ont été cités seulement comme « quelques critères diagnostiques » faisant partie d'autres pathologies telles que le trouble de la personnalité narcissique et la personnalité borderline, il paraissait donc intéressant de les approfondir.

D'autant qu'ils offrent des outils précieux en terme de psychopathologie et de pratique clinique.

Nous ferons ainsi un rappel de certaines définitions qui semblent importantes pour discerner les **concepts de narcissisme et celui d'estime de soi**, « estime de soi » qui servira mieux notre propos (dans le cadre des conduites addictives) que d'autres terminologies.

La psychiatrie s'est davantage intéressée au trouble de personnalité « borderline » qu'à la problématique narcissique.

En effet, le DSM (manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) décrit une personnalité narcissique qui est bien un trouble de l'estime de soi mais uniquement par

inflation, il n'évoque pas les « défaillances » narcissiques. L'effondrement que le sujet narcissique peut présenter n'est pas pris en compte ; la notion « d'oscillation » entre élévation et effondrement encore moins (voir encadré ci-après). Le manuel d'origine américaine fait donc de la **personnalité narcissique** « une entité médiocre et il passe à côté d'un **domaine pathologique d'intérêt majeur** », Pr Darcourt G. [21].

Ces défaillances narcissiques sont plus ou moins décrites dans une autre catégorie de « troubles de la personnalité » dans le DSM : celle de la pathologie borderline.

De plus, des traits de caractères qu'on peut qualifier d'« agressifs » sont mis en avant : « arrogant et hautain », « exploite l'autre ».

#### **Personnalité narcissique dans le DSM-IV :**

Le patient présente au moins cinq des symptômes suivants :

- le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple, surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport) ;
- est absorbé par des fantasmes de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté, de perfection, ou d'amour idéal ;
- pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau ;
- montre un besoin excessif d'être admiré ;
- pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;
- exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins (mensonges, chantages, violence verbale, etc.) ;

- manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui ;
- fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains
- envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient ;

Quant à la CIM10, elle ne retient pas la notion de « personnalité narcissique » mais la signale seulement en annexe en tant que « troubles dont la position reste incertaine » et qui « doivent faire l'objet d'études complémentaires »

C'est dans ce contexte que la psychanalyse nous apporte sa lumière avec de grands auteurs qui ont consacré une part importante de leur travail à l'étude des troubles narcissiques.

Grunberger, Kernberg, Kohut, Bergeret sont les auteurs qui ont élaboré le plus de réflexions sur ce sujet, ils ont proposé des modèles psychopathologiques intéressants tant sur le plan de *la structure* psychique que pour la pratique clinique.

Nous avons donc fait le choix de présenter chacun des modèles proposés par ces derniers (ainsi que par d'autres auteurs) et d'étudier le concept d'estime de soi à l'aide de ces théories mais aussi avec des théories plus actuelles. Nous insisterons également sur l'importance des théories de l'attachement dans la construction d'un narcissisme sain et d'une solidité de l'estime de soi.

Ensuite nous passerons en revue les connaissances actuelles sur la pathologie addictive, et enfin nous élaborerons une réflexion sur **les liens entre l'estime de soi et diverses conduites addictives** (alcoolisme, toxicomanie, jeux vidéo), liens que nous effectuerons sur le plan

*théorique* mais également sur le plan *pratique* à l'aide de la clinique apportée par plusieurs patients.

Ces patients ont été suivis, pour certains, uniquement en CSAPA, *centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie* et pour d'autres, à la fois dans le service d'addictologie de l'hôpital l'archet de Nice + en Csapa, sur une assez longue période (au minimum 6 mois) : ceci nous permettant un raisonnement psychopathologique et un suivi psychothérapeutique intéressants.

Nous avons utilisé, de plus, une échelle permettant de mesurer l'estime de soi chez ces derniers : *l'échelle d'estime de soi de Rosenberg*, voir en annexe.

PREMIERE PARTIE :  
LE NARCISSISME ET LES TROUBLES  
DE L'ESTIME DE SOI

## **I/ Première partie : le narcissisme et les troubles de l'estime de soi.**

### **I/1. Introduction**

Le sujet narcissique oscille entre une hypertrophie et une carence narcissique.

Le narcissisme sain passe par 3 composantes :

- **l'amour de soi,**
- **la confiance en soi,**
- **et l'estime de soi**

⇒ **tous trois, stables, solides et moyens**

⇒ **les théories de l'attachement semblent nous apporter beaucoup d'éléments intéressants dans la constitution d'un narcissisme sain.** C'est pourquoi, elles feront l'objet d'une réflexion dans notre travail.

### **I/2. La confiance en soi :**

Le terme de confiance en soi a revêtu selon les âges, différentes significations.

Il dérive du latin « confidentia ». Au 13<sup>ème</sup> siècle, il s'orthographiait *confiance* et conservait une analogie avec l'*espérance*. Au 17<sup>ème</sup> siècle, il revêt son orthographe actuelle et s'ajoute la nuance d'*assurance*, notamment à travers l'expression « confiance en soi ».

Dans la confiance en soi, deux notions viennent s'opposer ou se compléter :

⇒ caractère inné, elle est considérée comme un don de la nature,

⇒ caractère acquis, elle constitue alors une « bonne » réponse apprise à l'occasion d'expériences abouties.

La confiance en soi se développe dès les premiers jours et se constitue progressivement pendant l'enfance et l'adolescence. Sa mise en place s'opère à travers des acquisitions successives et des influences diverses.



Pour développer le concept de confiance en soi, il convient de citer un auteur qui apporte une conception théorique qui prolonge celle des psychanalystes. Jean Furtos, dans son œuvre « Les cliniques de la précarité », décrit la confiance en soi, et aussi la confiance dans les autres et dans l'avenir. Ces trois sens ne s'excluent pas, ils correspondent à trois « facettes » du narcissisme. Pour J. Furtos, il y a chez l'enfant un état de faiblesse et de vulnérabilité qui lui donne un sentiment de précarité, puis ce sentiment évolue vers une confiance en soi (si les parents l'aident à l'acquérir), une confiance en l'autre (auquel le lie la reconnaissance pour cette aide et par réciprocité un sentiment de solidarité) et une confiance dans l'avenir. La perturbation de cette évolution atteint ces trois confiances et le contexte culturel joue alors un rôle déterminant. J. Furtos apporte une contribution majeure à la clinique de ce manque de confiance en soi, dans les autres et dans l'avenir en décrivant un « syndrome d'auto-exclusion ». Le sujet se sentant sans protection, s'exclut de cette situation pour ne plus souffrir et ne la pense plus. L'entrée dans cet état se fait par l'enchaînement du découragement, du renoncement : état de souffrance que l'auto-exclusion atténue [22].

### **I/3. L'estime de soi :**

Ce concept a été défini pour la première fois en 1890 par le psychologue William James qui formulait que « l'estime de soi se situe dans la personne et elle se définit par la cohésion entre ses aspirations et ses succès ». (Journal « *Principles of psychology* »)

Le *soi* est un concept descriptif, l'*estime* est un concept évaluatif.

« **Estimer** » vient du latin « oestimare » qui signifie déterminer une valeur, et avoir une « opinion favorable sur ».

L'estime de soi est donc « liée à la façon dont une personne élabore et évalue la définition de son identité » [70].

L'expression « estime de soi » implique donc de « juger sa valeur personnelle » [31], il s'agit de poser un jugement sur soi-même, sa valeur et ses capacités en s'appuyant sur une conscience et une connaissance de soi. L'étude de l'estime de soi vise à évaluer dans quelle mesure les croyances des sujets sur eux-mêmes vont influencer leur réalité. Cette appréciation, positive ou négative, repose sur le système de valeurs personnelles qu'a l'individu ou sur des normes extérieures introjectées au cours de l'enfance (voir chapitre suivant). Selon Rosenberg, une estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle et de respect à l'égard de soi même. Concernant le respect, Rosenberg différencie le respect inconditionnel et le respect conditionnel. Le respect inconditionnel induit que le sujet se respecte en tant qu'être humain, indépendamment de ses qualités ou accomplissements. En revanche le respect conditionnel suppose une congruence entre les standards de compétences, les normes morales de l'individu et les sentiments d'accomplissement personnel en regard de ces normes. Selon Rosenberg, l'absence d'un respect conditionnel différencie le sujet ayant une estime de soi élevée et celui ayant une faible estime de soi. L'estime de soi n'est pas statique mais constitue un système dynamique à la fois stable et relativement flexible : en effet, de par la stabilité, elle permet à la personne de ne pas s'effondrer ou au contraire de ne pas « gonfler » selon les situations qu'elle rencontre ; et de par la flexibilité, elle assure au sujet la possibilité de s'adapter et d'évoluer en fonction des réalités et besoins nouveaux.

L'estime de soi se construit comme un édifice à 3 dimensions :

- ⇒ moi,
- ⇒ les autres
- ⇒ et la manière dont je me comporte avec eux quand il s'agit de me réaliser personnellement. [74]

E. Rigon explique qu'à la suite d'une construction de soi défaillante, le sentiment d'existence d'un sujet (*de l'enfant*, au centre de ses textes) est entièrement bâti sous la dépendance du regard des autres, elle parle d'une « fausse construction de soi », notion que l'on pourrait rapprocher du « faux self » de Winnicott (voir infra).

En effet, un enfant faisant preuve d'une grande estime de soi et se montrant content de lui, voulant sans arrêt se mettre en avant et prouver ses compétences, n'a pas forcément une si bonne estime de lui qu'il veut bien laisser paraître. Faute d'une réelle bonne estime de lui, l'enfant cherche à se faire remarquer en se mettant en avant ; il cherche l'admiration d'autrui, il veut attirer l'attention.

### **Degré et solidité de l'estime de soi :**

L'estime qu'un sujet se porte, nous l'avons vu, possède trois caractéristiques importantes : son degré, sa stabilité et sa solidité.

Le degré de cette estime n'est jamais d'une justesse et d'une impartialité absolue. Le plus souvent, elle est plutôt favorable et indulgente mais elle peut être exigeante et sévère. Elle reste saine tant qu'elle est modérée et proche de l'objectivité. Elle devient pathologique quand elle s'en écarte trop, soit vers l'inflation, soit vers l'effondrement.

La stabilité : le sujet sain a une appréciation de lui-même constante, il peut, par moment, être fier d'une réussite ou regretter une erreur qu'il a commise, cela entraînant des oscillations passagères mais ne bouleversant pas son appréciation générale.

La solidité est un paramètre encore plus important. L'estime de soi est soumise à des facteurs externes puissants : l'échec et la critique l'ébranlent ; à l'opposé, le succès et les compliments la renforcent. Le sujet sain souffre des premiers mais ne s'effondre pas, et apprécie les seconds mais sans illusion.

L'estime de soi pathologique n'est ni moyenne, ni stable, ni solide. Elle oscille entre les positions extrêmes de l'inflation et de l'éroulement. Instable et fragile, elle est très sensible aux influences extérieures et les oscillations sont extrêmes.

#### **I/4. L'amour de soi :**

C'est ce qui définit « le narcissisme » à proprement parlé pour Freud.

Nous développerons ainsi ce concept dans le chapitre « **Le Narcissisme étudié par S. Freud** ».

#### **I/5. Attachement et estime de soi**

Les modalités d'interactions précoces, la valeur donnée par l'entourage aux comportements et les modes de réponse qui en découlent ont un rôle essentiel dans la construction et le maintien de l'estime de soi.

Bowlby, Klein, Ainsworth et Winnicott sont les principaux auteurs ayant travaillé sur la théorie de l'attachement.

#### **I/5.a. Winnicott (1896-1971) :**

Nous avons choisi de mettre en avant les réflexions de Winnicott sur « l'intégrité du moi », le « faux self » et les « relations d'objet/ phénomènes transitionnels ». En effet, son travail nous apporte un éclairage sur les liens que l'on peut faire entre attachement et estime de soi mais il offre aussi des outils précieux pour l'étude des conduites addictives qui constituera la deuxième partie de notre travail.

### I/5.a1. La première organisation du Moi :

Winnicott postule au départ un état de *non intégration primaire* (c'est à dire l'absence du sentiment d'être unifié). Le Moi s'organise en faisant l'expérience des menaces d'annihilations. Ces menaces ne l'anéantissent pas et il s'en remet grâce aux soins maternels.

L'intégration commence dès le début de la vie mais subit des fluctuations. L'enfant alterne entre des états d'intégration et de non-intégration.

« Il y a de longues périodes de temps dans la vie d'un jeune enfant normal pendant lesquelles il importe peu qu'il soit en morceaux ou qu'il soit un être entier, ou qu'il vive dans le visage de sa mère ou dans son propre corps, à condition, que de temps à autre, il se rassemble et sente quelque chose » [37].

Le Moi de la mère, par son empathie, renforce le Moi précoce non intégré qui est agressé par les exigences du ça (le pulsionnel) et les agressions du monde extérieur (l'environnement de l'enfant).

Au départ, lorsque l'enfant manifeste une pulsion spontanée et que la mère satisfait ses besoins de façon suffisante, il va ressentir une brève **expérience d'omnipotence**. La mère donne à l'enfant l'impression qu'il crée lui même l'objet de satisfaction. C'est la répétition de ces expériences qui renforcent le *Moi faible* de l'enfant.

### I/5a2. Self/faux-self :

Progressivement, l'enfant se perçoit comme un sujet objectif, réel, il a conscience d'avoir une identité. **Lorsque le Moi devient une unité différenciée de l'extérieur, Winnicott lui donne le nom de self.**

Ce « self » s'est établi durant toute la période de « dépendance relative », où l'enfant se différencie progressivement de la mère en faisant l'épreuve de **réalité** et des frustrations. Le self est donc le Moi « mûré », mature ; il se constitue au delà des **cinq premiers mois**.

Le **faux-self** proviendrait du fait qu'au stade primitif de « non intégration primaire », la mère n'aie pas été capable de rendre effective **l'omnipotence du nourrisson**, (elle n'a pas permis à son bébé de faire l'expérience de l'illusion de l'omnipotence).

L'enfant, au lieu de pouvoir faire l'expérience de l'action libre et spontanée qui trouve un écho dans la réalité extérieure est contraint à la **réaction** ; l'environnement le détermine ; en grandissant il s'adapte à cet environnement et peut en venir à ressembler à la personne qui y occupe le premier plan.

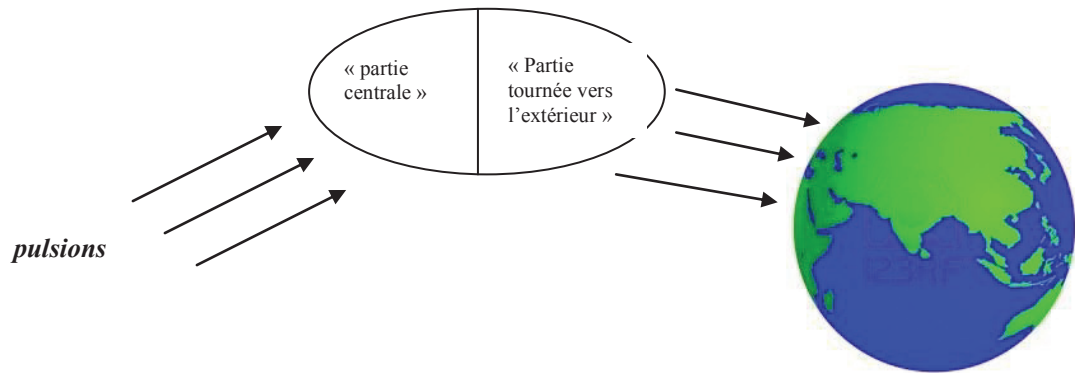
Il existe plusieurs degrés possibles dans ce fonctionnement :

- Faux-self, dit physiologique ou normal : le vrai self évolue, protégé par un faux-self qui se soumet aux exigences de l'environnement ainsi qu'aux exigences éducatives=> ce faux-self est alors comparable à une simple conduite sociale acquise, une certaine politesse qui permet la vie en société.
- Faux-self s'apparentant à une construction de relations artificielles : en effet si la mère ne s'adapte pas aux pulsions spontanées du nourrisson, ce dernier peut en arriver à « faire semblant d'être réel ».
- Dans les cas extrêmes, le faux self est dissocié du Vrai : le self est clivé, l'accès au vrai n'existe plus, il n'y a aucun moyen d'expression ni de satisfaction.

### **Notions de Self/faux self :**

Dans son livre « Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement », 1970 D. Winnicott s'interroge sur le faux self et donc sur l'idée de l'existence d'un vrai self.

Ce que Winnicott appelle vrai et faux self pourrait être comparé à la distinction que Freud fait entre « une partie centrale » gouvernée par les pulsions et une « partie tournée vers l'extérieur » établissant les rapports avec le monde.



Le Moi du nourrisson s'achemine vers un état dans lequel les exigences intellectuelles seront ressenties comme faisant partie du « self » et non de l'environnement.

La mère qui n'est pas suffisamment bonne n'est pas capable de rendre effective l'omnipotence du nourrisson et elle ne cesse donc de faire défaut à ce dernier au lieu d'y répondre

Le vrai self : position théorique d'où provient le geste spontané et l'idée personnelle ; le geste spontané est le vrai self en action.

Seul le vrai self peut être créateur, seul le vrai self peut être ressenti comme réel.

A l'opposé, l'existence d'un faux self engendre un sentiment d'irréalité ou un sentiment d'inanité (vide de sens, inutile, vain) [83].

### I/5.a3. Relation d'objet et phénomènes transitionnels :

Au départ, l'enfant a une relation primaire à la réalité extérieure, fondée comme nous l'avons dit plus haut, sur l'**expérience d'omnipotence** et l'illusion qu'il crée lui-même l'objet désiré. Cette zone d'illusion constitue une zone intermédiaire entre la subjectivité et l'objectivité . Winnicott la définit comme l'espace **transitionnel, c'est à dire une aire de compromis**, qui constitue la plus grande partie de l'enfant et qui perdure tout au long de la vie, permettant de « maintenir à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure » [82].

Peu à peu l'enfant est amené à percevoir l'objet dans la réalité, ainsi il perçoit l'objet maternel et son angoissante dépendance vis à vis de lui. C'est ce qu'on appelle « la désillusion ». Au cours de cette évolution, de ce passage du subjectif à l'objectif, interviennent les **phénomènes transitionnels** ainsi que **l'objet transitionnel**.

Chaque objet est investi comme objet transitionnel pour une *propriété* bien particulière. L'objet plaît en fonction de sa texture « molle, douce ou dure », de sa chaleur, de son odeur...(exemple du « doudou »).

L'objet peut surtout être choisi pour sa valeur symbolique (force physique, pouvoir magique, destructeur...). L'enfant effectue une véritable prise de possession sur l'objet, généralement il le tripote, le suce, l'abîme, il le charge d'affects très variés : l'objet peut être aimé avec passion et, subir à d'autres moments de violentes agressions auxquels il doit « survivre ». Du moment que c'est l'enfant et non un tiers qui a modifié l'objet, celui-ci reste toujours investi. L'enfant peut même parfois remplacer son objet transitionnel au cours de son développement. Les objets transitionnels sont de nature paradoxale : ils ne viennent **ni du dedans, ni du dehors mais d'un espace entre la mère et l'enfant**.



Ces phénomènes s'établissent entre **4 et 12 mois** et persistent plus tard dans l'enfance, en particulier lorsque l'enfant ressent une angoisse de séparation, le plus souvent au moment du coucher.

**Ce phénomène « normal » permet de transiter de la première relation -orale- à la mère, à la véritable « relation d'objet ».**

C'est d'ailleurs tout particulièrement sous l'angle de ces « relations d'objets » que nous étudierons les liens entre « estime de soi » et conduites addictives (Partie IV de notre travail).

### **I/5.b. Bowlby (1907-1990) :**

Bowlby est le premier à proposer une théorie des instincts : pour lui, le comportement instinctif n'est pas un acte stéréotypé mais un acte qui se conforme à un schème reconnaissable et dont la fonction est d'aboutir à un bénéfice pour l'individu ou l'espèce donnée (leur survie).

Bowlby postule ainsi l'existence d'un besoin primaire inné de contact social chez le bébé, contact qui ne s'appuie pas sur les besoins physiologiques du bébé, comme l'avait postulé Freud. Bowlby affirme qu'en effet il existe chez l'homme une « tendance originelle et permanente à entrer en contact avec autrui » qui prend généralement pour cible la mère.

Expérience du singe et du biberon :

Bowlby a eu l'idée d'utiliser deux mannequins en fil de fer, prenant la forme d'une mère singe : l'un était muni d'un tissu doux et poilu, l'autre seulement d'un biberon. Bowlby a pu observer que les bébés singes avaient la nette tendance à se rapprocher du mannequin-singe « doux » et non de celui qui possédait le biberon.

C'est l'attachement qui est un « besoin primaire » au même titre que les besoins de nourriture ou de chaleur.

La théorie de l'attachement primaire s'oppose à la conception freudienne de « l'étayage » dans laquelle le lien affectif se construit *secondairement*, à partir de l'expérience de la satisfaction des besoins « physiologiques ».

D'après Bowlby, le nourrisson est aux prises avec deux besoins en apparence contradictoires :

- un besoin essentiel de proximité
- un besoin d'explorer l'environnement.

### **I/5.c Ainsworth :**

Marie Ainsworth succède à Bowlby, dont elle partage l'idée selon laquelle l'attachement est un besoin primaire.

La sensibilité de la mère à son enfant et sa capacité à appréhender ses besoins vont être le centre d'intérêt de la chercheuse. Selon elle, ils permettront de prédire le type d'attachement futur.

Lors de ses expériences, elle expose ainsi des enfants à plusieurs situations différentes impliquant des séparations puis des retrouvailles avec leur mère.

Son but étant d'évaluer l'attachement du bébé à son parent.

Les résultats de son expérience laissent percevoir trois catégories d'attachement :

- Sécure : le bébé manifeste, par des signes, qu'il ressent le départ de son parent et l'accueille chaleureusement quand il le retrouve mais ne focalise pas son attention sur lui et retourne jouer.
- Insécure-évitant : le bébé ne montre pas de signe de ressenti par rapport au départ de son parent et quand le parent revient, l'enfant l'évite. il focalise son attention sur l'environnement et ce de manière persistante.

- Insécure-résistant : l'enfant est préoccupé par le parent pendant la « strange situation », il n'arrive pas à se calmer quand le parent revient, son attention est portée sur ce dernier.

## **I/5.d Mélanie Klein (1882-1960) :**

### I/5.d1. Organisation du moi

Mélanie Klein situe la première année de vie comme une période critique du développement.

Dans la pensée kleinienne, on insistera sur l'extrême précocité des processus psychiques de l'enfant. Elle va reconstituer la vie intérieure du nourrisson à partir de l'analyse de très jeunes enfants de 3-4 ans, avec une technique inédite pour l'époque : **le jeu**.

Avec ce mode d'expression naturel et privilégié chez l'enfant, elle pense qu'il s'établit un véritable **transfert** [37] :

*« Par le jeu, l'enfant traduit sur un mode symbolique ses fantasmes ses désirs et ses expériences vécues. (...)Ce faisant, il utilise le même langage archaïque qui nous est familier dans le rêve. »*

Comme c'est le cas pour Winnicott, Mélanie Klein comprend l'enfant comme d'emblée en relation avec sa mère.

Pour elle, cependant, l'enfant ne conçoit pas sa mère comme objet total, comme une personne cohérente, indivisible, mais il la clive en fragments. Ainsi, lors de la tétée, le nourrisson n'a de relation qu'avec l'objet partiel qu'est le sein.

Mélanie Klein pense qu'il existe dès la naissance, un **Moi primitif, immature**, manquant de cohésion et qui va d'emblée être exposé à l'angoisse suscitée par le conflit entre la **pulsion de vie et la pulsion de mort**.

Ce **conflit**, présent dès la naissance, va obliger le **Moi faible** du nourrisson à gérer l'angoisse : **deux sortes d'angoisse vont se manifester** pendant les premiers mois de la vie de l'enfant et ressurgir en cas de régression :

- D'abord **l'angoisse de persécution ou paranoïde**
- Puis **l'angoisse dépressive.**

A ces deux types d'angoisse correspondent :

1/ **La position schizo-paranoïde** où l'angoisse de persécution est la plus active ; cette position prédomine pendant les 3-4 premiers mois de la vie de l'enfant, puis elle devient moins prégnante.

2/ **La position dépressive** lui succède, angoisse de perte d'objet, active dans la deuxième moitié de la première année, mais qui atteint son paroxysme au sixième mois pour décliner ensuite.

Ce concept de « position » renvoie à une **organisation du Moi** et décrit les phénomènes conjoints :

- l'état du Moi, inorganisé va aller vers son unité ;
- la nature des relations d'objets, partielle puis totale ;
- la nature de l'angoisse, paranoïde puis dépressive ;
- les défenses spécifiques s'y rattachant.

Il s'agit d'étapes normales, nécessaires à l'évolution et la construction de tout enfant

#### I/5.d2. La position schizo-paranoïde :

Dès sa venue au monde, le bébé est en position schizo-paranoïde selon Mélanie Klein, et ce durant les 4 ou 6 premiers mois de vie. L'angoisse qui prédomine alors est une angoisse persécutive, paranoïde et de morcellement.

A la naissance, les pulsions de vie et de mort existent et sont préalables à toute expérience vécue, elles organisent les premiers processus psychiques.

Mélanie Klein propose l'hypothèse d'un Moi rudimentaire, dès la naissance qui va, pour se défendre contre le conflit né de la lutte entre les pulsions, utiliser certains mécanismes de défenses :

**Il va projeter vers l'extérieur la pulsion de mort.**

**Dans le même temps, une partie de la pulsion de vie est également projetée pour créer un « objet idéal ».**

Le Moi se clive alors en une partie « libidinale » (d'amour) et une partie destructrice.

En retour le Moi va introjecter **l'objet idéal**, en faire une partie de lui-même et s'identifier à celui-ci ; il peut aussi recevoir en retour la partie mauvaise, destructrice, vécue comme persécutrice.

Le Moi, par ce balancement, « projection – introjection », clive l'objet « sein » et va établir une double relation : bonne et mauvaise (« bon sein - mauvais sein »).

Les termes « bons » et « mauvais » ne doivent pas être pris comme des qualificatifs intrinsèques de l'objet, mais comme marquant la satisfaction ou la frustration. Le « sein » qui gratifie est aimé, et ressenti comme bon et « le sein » qui frustre est haï et ressenti comme mauvais.

Durant cette période et à la faveur de bonnes expériences vécues, le Moi va pouvoir se rassembler et s'unifier : le Moi acquiert **confiance** dans le bon objet.

Nous verrons plus loin comment le concept d'introjection « d'un bon objet interne » apparaîtra dans notre travail sur les liens entre estime de soi et conduits addictives.

### I/5.d3. La position dépressive :

Les mouvements décrits précédemment permettent au Moi du nourrisson de s'unifier et il peut ainsi progressivement percevoir l'extérieur comme différent de lui (ceci nous renvoie à ce que nous avons déjà vu avec Winnicott).

Un mouvement parallèle opère vis-à-vis de l'objet, ce qui conduit le petit être à avoir des relations, non plus avec des **objets partiels**, mais avec un **objet total, la mère**.

A cette phase, l'enfant va être capable de reconnaître l'objet entier » et non plus clivé. Ces processus **d'intégration du Moi et d'unification de l'objet** vont de pair avec une maturation physiologique.

A la différence de ce qui se passait précédemment où l'angoisse de persécution se rapportait à « l'anéantissement de Moi », c'est une angoisse dépressive envers l'Objet qui apparaît : **angoisse de perte d'objet. Elle culmine vers 6 mois.**

Les perceptions ne proviennent plus d'un « bon sein » ou d'un « mauvais sein », mais d'**un objet total « mère », somme de ce qui est bon et mauvais.**

L'ambivalence envers l'objet commence à se manifester.

Les principaux modes de défense vont alors apparaître : **réparation et inhibition de l'agressivité.**

En résumé :

La position dépressive est caractérisée par :

1/la capacité du bébé à appréhender la mère comme un objet total ;

2/le clivage entre le mauvais et le bon objet s'atténue alors que les pulsions libidinales et destructrices tendent à se rapporter au même objet ;

3/l'angoisse dite dépressive est une angoisse de perte d'objet. il s'agit d'un danger fantasmatique de destruction et de perte de la mère ;

4/les modes de défense sont : la réparation essentiellement et l'inhibition de l'agressivité.

5/l'angoisse est surmontée quand l'objet aimé est **introjecté de façon stable et récurrente** (séparation /retrouvaille).

### **I/6. Le Narcissisme et les différents auteurs :**

Le sujet narcissique oscille entre une hypertrophie et une carence narcissique [23] : parfois il est du côté de l'inflation de l'estime de soi, et à d'autres moments, il est effondré, se sentant sans valeur, vide.

En général, ce sont les périodes d'effondrement qui prédominent sur les périodes d'inflation, ces dernières étant des phases de compensation fragiles.

**L'élément central de la pathologie est la défaillance de l'estime de soi.**

Nous allons voir que cette définition ne correspond pas tout à fait à ce qui a été dit au sujet du Narcissisme selon chacun des auteurs qui se sont penchés sur la question.

Freud utilise le terme de narcissisme uniquement pour parler de l'Amour de soi.

Dans les années 1970, les psychanalystes Kernberg, Kohut, Grunberger parlent davantage « d'estime de soi ».

Leurs travaux ont abouti à deux modèles psycho-dynamiques, l'un concernant « l'image de soi », l'autre « la relation aux objets extérieurs ».

**Ce qui caractérise un Narcissisme Sain, c'est la stabilité et la solidité de l'estime de soi.**

### I/6.a. Historique du terme :

Le terme **narcissisme** a été introduit pour la première fois par P. Näcke (1899) pour décrire une perversion.

Freud, en parle pour la première fois dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*.

⇒ C'est dans une note de bas de page, qu'il précise d'ailleurs, que Näcke a créé cet acception « Narzissmus » à partir des études d'un autre auteur : H. Ellis, *Autoerotism, a psychological study*. H. Ellis décrivait un comportement pervers en relation avec le mythe de Narcisse.

Freud utilise ce terme pour rendre compte du choix d'objet chez les homo-sexuels : ceux-ci « se prennent eux-mêmes comme objet sexuel ; ils partent du narcissisme et recherchent des jeunes gens qui leur ressemblent qu'ils puissent aimer comme leur mère les a aimés eux-mêmes ».

Caractère polysémique du terme narcissique :

- le narcissisme a pu représenter, initialement, une *perversion*, puis
- un *stade libidinal* : phase du développement psychosexuel
- un *état régressif* propre au sommeil, au rêve, à la maladie organique, à l'hypochondrie, aux psychoses
- un *choix objectal/ un mode relationnel*
- un *destin particulier de la pulsion libidinale*, qui se retire des objets extérieurs
- un *processus de « l'intériorisation d'une relation »* ([34] *Deuil et Mélancolie, 1917*)
- le complément libidinal de l'*égoïsme*
- un *état originaire primordial du moi* au tout début de la vie psychique, où celui-ci est capable de se satisfaire en lui-même.



Cela nous conduit d'ors et déjà à être vigilant quant à l'utilisation du mot **narcissisme** car, dans le cadre de notre travail, il n'est pas question d'étudier les pathologies mentales liées à la perversion ou de mettre en lien estime de soi et perversion.

Cependant ce terme n'est pas à mettre de côté du fait :

1/ de ce qu'ajoutera Freud pour démentir le fait que le narcissisme ne s'apparente pas aux perversions (voir infra) ;

2/ de la lumière qu'il nous apporte pour **étudier le concept d'estime de soi**.

Beaucoup d'auteurs (psychiatres, psychanalystes) considèrent le narcissisme sous un aspect univoque et négatif : le mot « narcissisme » est souvent utilisé en terme de pathologies (*personnalités narcissiques, résistance narcissique etc...*).

Toutefois, il nous semble important de l'aborder sous ses aspects structurants.

En effet, comme dit plus haut, ce qui caractérise un Narcissisme Sain, c'est la stabilité et la solidité de l'estime de soi.

### **I/6.b. Vocabulaire de la psychanalyse, de Laplanche et Pontalis :**

Définition proposée pour le terme narcissisme : « Par référence au mythe de Narcisse, amour porté à l'image de soi-même ».

Laplanche et Pontalis précisent que la découverte du narcissisme a conduit Freud à poser l'existence - dans le cas « Schreber » en 1911 - d'un stade de *l'évolution sexuelle* intermédiaire entre l'auto érotisme et l'amour d'objet, ou pour le dire plus simplement : « intermédiaire » entre un stade où l'enfant pense être omnipotent et est seulement tourné vers lui-même et celui où il découvre l'existence de l'Autre (la mère le plus souvent), et acquière la capacité à rentrer en relation avec autrui.

« Le sujet commence par se prendre lui même, son propre corps, comme objet d'amour »

S. Freud, *Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa*, 1911.

### **I/6.c. Le Narcissisme étudié par S. Freud (1856-1939)**

#### **Idéal du moi/ estime de soi :**

Dans « Totem et Tabou », Freud nous dit « L'homme dans une certaine mesure, reste narcissique, même après avoir trouvé des objets externes pour sa libido » ; autrement dit, toute la quantité de libido ne peut passer dans des investissements d'objets d'amour, il en reste une partie consacrée au sujet lui-même, cette partie se présente en particulier sous la forme de l'estime de soi.

Le sujet a établi en lui un « idéal » auquel il mesure son Moi actuel ; Freud ajoute : « C'est à ce moi idéal que s'adresse maintenant l'amour de soi dont jouissait dans l'enfance le Moi réel.....il ne veut pas se passer de la perfection narcissique de son enfance.....ce qu'il projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance ; en ce temps là, il était lui-même son propre idéal. » ([35] Pour introduire le narcissisme, p98)

L'estime de soi relève donc en grande partie du jugement de cette « puissance » intérieure qui nous juge et nous mesure à l'idéal.

Freud a voulu rendre le terme narcissisme plus spécifique **par rapport à « l'autoérotisme »**.

En effet l'introduction du concept de narcissisme vient remettre en question « l'autoérotisme » décrit comme un état de libido à son début.

Il ajoute donc l'idée que **le moi n'existe pas d'emblée comme unité**, qu'il n'est pas présent depuis le début chez l'individu, qu'il doit subir un développement et qu'il exige « une nouvelle action psychique » pour se constituer :

« *Quelque chose doit donc s'ajouter à l'autoérotisme...une nouvelle action psychique...pour donner forme au narcissisme* » [35].

Freud voit le narcissisme comme une énergie supplémentaire ajoutée à la pulsion d'auto conservation.

(Rappelons qu'il inclura cette dernière dans la pulsion de vie, qui regroupe elle-même, pulsion sexuelle et pulsion d'auto conservation, lors de l'élaboration de la deuxième topique)

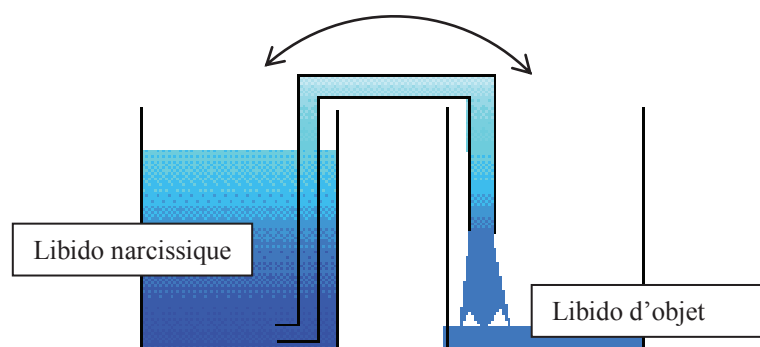
« *Le narcissisme ne serait pas une perversion mais le complément libidinal de l'égoïsme, de cette pulsion d'autoconservation dont on attribue, à juste titre, une part à chaque créature vivante* » [35]

Il ne voit donc pas le narcissisme comme faisant partie des perversions tel qu'il avait pu le laisser entendre dans « Trois essais sur la théorie sexuelle » lors de son premier emploi dans les textes.

Freud nous donne l'idée d'un balancement d'énergie entre la libido narcissique et la libido d'objet.

« *Cette libido retirée au monde extérieur a été acheminée vers le moi, engendrant un comportement auquel nous pouvons donner le nom de narcissisme...nous voyons aussi, en gros, une opposition entre la libido du moi et la libido d'objet. Plus l'une consomme, plus l'autre s'appauvrit.* »

On pourrait pour schématiser, comparer cela à des vases communicants à l'intérieur desquels les « quanta » d'énergie se déplaceraient.



Dans notre troisième partie -cas cliniques- nous pourrions ainsi remarquer que nos patients oscillent entre la relation objectale-à un être vivant-et la relation aux objets de leur addiction.

Grunberger, que nous étudierons plus loin et qui n'écarte pas totalement cette proposition de balancement, oppose cependant une idée qui est que « plus l'homme est capable d'investir son propre Moi sur un certain mode, plus il dispose de libido pour le monde objectal », ce qui peut nous faire penser à l'affirmation communément admise, qu'on ne peut faire le salut des autres qu'en ayant fait au préalable le sien...

#### Narcissisme primaire/Narcissisme secondaire :

Au tout début de la vie, l'enfant a le sentiment d'une omnipotence, l'idée d'une autosuffisance, il ne perçoit pas les personnes qui lui donnent les soins comme extérieures à son être : c'est ce qui caractérise le narcissisme primaire pour Freud.

C'est à partir de l'investissement des autres que le narcissisme secondaire va apparaître et se développer.

*« Ce narcissisme qui est apparu en faisant rentrer les investissements d'objets, nous voilà donc amenés à le concevoir comme un état secondaire construit sur la base d'un narcissisme primaire que de multiples influences ont obscurci. »* (Pour introduire le narcissisme, Freud)

*« Un solide égoïsme préserve de la maladie mais à la fin l'on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade. »*

Ainsi, Freud nous dit qu'un **équilibre est nécessaire entre les investissements narcissiques (s'aimer soi-même) et objectaux (aimer quelqu'un).**

### I/6.d. Le narcissisme étudié par O. Kernberg (1928- )

Otto Kernberg, psychiatre et psychanalyste est l'un des rares psychanalystes américains à avoir intégré les théories de Mélanie Klein à ses conceptions personnelles de la psyché.

Auteur du livre *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, 1975, (sous le nom de *Les Troubles limites de la personnalité* en France), il propose de substituer le terme d'*organisation limite* à celui d'*état limite*.

En effet, selon lui il existerait une structure particulière constituée par un ensemble de mécanismes donnant lieu à la formation de symptômes et de traits de caractère constituant une organisation assez souple et cohérente .

**L'état limite**, lui, supposerait que nous nous trouvions en présence d'un ensemble de défauts dans l'organisation psychique qui rendrait cet état « éventuellement instable, pouvant verser d'un moment à l'autre dans la psychose »

**L'organisation limite**, suppose au contraire une certaine permanence alliée à des caractères spécifiques, positifs (et non seulement à des défaillances) qu'il s'agira de délimiter.

En termes de lignée (narcissique ou libidinale), Kernberg (comme Kohut) ne conçoit qu'une seule libido (à l'inverse de Grunberger qui distingue la libido narcissique de la libido sexuelle) et le traumatisme infantile est d'origine interne. Kernberg a la conception de la psychogenèse suivante : il y a certes un **intense investissement libidinal du soi**, réaction compréhensive aux carences mais cela ne suffit pas pour donner le **narcissisme pathologique**. Le Soi, pour Kernberg, est une structure intrapsychique constituée de multiples représentations de soi et des tendances affectives qui y correspondent et ces représentations sont intégrées, donnant un ensemble cohérent et une continuité de l'expérience de soi.

« La constitution de l'objet interne se réalise à partir de la relation entre le Moi et l'autre, sous la forme d'une image du moi ou d'une représentation du moi en interaction avec une image de l'objet ou une représentation de l'objet ». **Kernberg, 1996**

Dans le narcissisme pathologique, il y a à la fois un trouble de l'intégration du soi et son surinvestissement libidinal. Ce soi investi a en effet une structure pathologique, il a « des fonctions défensives contre les images de soi et d'objets primitives sous-jacentes, investies de façon libidinale et agressives et qui reflètent d'intenses conflits essentiellement prégénitaux centrés autour de l'amour et de l'agressivité ». Le tableau clinique décrit par Kernberg est, lui, tout à fait concordant avec les critères du DSM [23].

#### **I/6.e. Le Narcissisme étudié par H. Kohut (1913-1981) :**

Kohut insiste sur la faiblesse du Moi et sur ses tentatives de compensations. Ce Moi faible a besoin d'être soutenu par des apports extérieurs au risque de s'écrouler, la relation qu'il crée avec l'Autre est appelée « anaclitique » : **le sujet a un besoin absolu de s'appuyer sur des objets pour maintenir son estime de soi.**

Le psychanalyste américain développe sa pensée sur le narcissisme et définit « les soi-objets » dans son œuvre intitulée *Le Soi* :

*« Certaines expériences narcissiques parmi les plus intenses se rapportent à des objets utilisées au service du soi et du maintien de son investissement instinctuel, ou eux-mêmes ressentis comme faisant partie du soi. Pour parler de ces derniers, j'utiliserai le terme de soi-objet » [52].*

Kohut a ainsi introduit les concepts de soi-objet et de soi-grandiose : l'enfant a la croyance d'un soi-grandiose, il doit évoluer vers un narcissisme adulte où il aura dépassé cette dépendance à des soi-objets et dépassé la croyance en un soi-grandiose.

**La pathologie narcissique se caractérise par la persistance de cet état archaïque.**

Pour lui, les patients ayant des troubles narcissiques n'ont pas réussi à détacher ces objets du soi :

*« Ces patients souffrent de troubles spécifiques dans le domaine du soi et de ces objets archaïques investis de libido narcissique (soi-objets) qui étant encore intimement reliés au soi archaïque, ne sont pas sentis comme séparés et indépendants du soi »*

Il étudie les patients souffrant de troubles narcissiques en précisant leur **distinction par rapport à ceux qui souffrent de psychoses** : *« si inquiétante que soit leur psychopathologie, il importe de réaliser que ces patients possèdent des atouts particuliers qui les différencient des cas de psychoses et des cas limites. A la différence de ces derniers les patients qui souffrent de troubles narcissiques de la personnalité ont essentiellement atteint à une cohésion du soi et ont élaboré des objets archaïques narcissiquement investis »*

Kohut nous informe que c'est à travers et même grâce à la relation patient-thérapeute, que la différence va pouvoir se faire entre patients cas-limites ou patients psychotiques ET patients souffrant de troubles narcissiques:

*« L'établissement spontané de l'un des transferts narcissiques stables est le meilleur et le plus sûr des signes diagnostiques qui distinguent ces patients des cas psychotiques ou des cas limites, d'un côté et des névroses de transfert ordinaire de l'autre. »*

### **I/6.f. Le Narcissisme étudié par B. Grunberger (1903-2005):**

Le psychiatre et psychanalyste Béla Grunberger, dans son ouvrage *Le Narcissisme*, fait le constat suivant :

*« Le concept de narcissisme est porteur de significations très diverses »* [39].

En effet il passe en revue celles qui ont pu être évoquées par différents auteurs :

- le narcissisme a pu représenter, initialement, une *perversion*, puis
- un *stade libidinal*

- un *état régressif* (sommeil, maladie organique, psychose)
- un *choix objectal/ un mode relationnel*
- ou enfin un *processus de « l'intériorisation d'une relation »* (*Deuil et Melancolie, 1917.*)

Il y donne également **la définition agréée de l'Association Américaine de Psychanalyse en 1967 (Moore and Fine) :**

« Narcissisme : concentration d'intérêt psychologique sur le moi (self) »

Grunberger parle ainsi d'une « polysémie paradoxale du concept », polysémie étudiée par Lou Andreas-Salomé dans un article paru sous le titre de « double orientation du Narcissisme ».

En effet, cette auteure met en avant la contradiction entre :

- la partie narcissique du sujet qui cherche à tout prix à s'individualiser, et
- la partie narcissique qui ne peut pas vivre en dehors d'une relation fusionnelle permanente.

Béla Grunberger a une vision dialectique du narcissisme, il postule l'existence de 2 libidos : une libido sexuelle (celle de Freud) et une libido narcissique. Cette dernière est présente dès la vie anténatale, en effet le fœtus éprouve un sentiment de confort et de sécurité, **il vit un état élationnel**. Il ne se sent ni vulnérable ni frustré : « *cette trace élationnelle et mégalomaniacale (...) constituera comme telle le noyau narcissique, source d'énergie psychique spécifique, acquisition précoce et définitive demeurant active de la naissance jusqu'à la mort* ».

Kohut, que nous avons cité dans le chapitre précédent, envisage de façon comparable, un stade narcissique avec deux voies d'évolution possibles, l'une vers l'amour objectal, et l'autre vers des transformations narcissiques.



Grunberger et Kohut ont la même conception du traumatisme à l'origine de la perturbation du narcissisme : il est d'origine externe. L'enfant est confronté aux déceptions apportées par l'environnement qui, ne satisfaisant pas totalement ses besoins, le laisse démuni. Il met alors en jeu des mécanismes de défense qui le rendent capable de supporter cette perte de toute-puissance avec un retrait progressif des ses exigences narcissiques. Mais si la carence est trop brutale ou trop intense, elle dépasse ses possibilités défensives et provoque une fragilité narcissique. **Cette fragilité se manifeste par un trouble de l'estime de soi.** [23]

Comme développé plus haut, chez le sujet sain l'estime de soi est relativement adaptée à la réalité, elle est **stable, moyenne et solide.**

### **I/6.g. Le Narcissisme étudié par J. Bergeret (1923- )**

Lorsque, en 1975, J. Bergeret a publié *La dépression et les états limites*, il appelait « état-limite » un ensemble de troubles de type narcissique, terme qui n'était pas encore utilisé dans la littérature internationale. Bergeret reste fidèle à Freud, pour lui, le narcissisme prend naissance de la libido elle-même.

Sa réflexion fait appel aux « stades anaux » décrits par Abraham : ce dernier parle de ces stades en tant qu'expérience libidinale, avec des plaisirs (d'expulsion et de rétention) qui peuvent se prolonger sur un mode pervers :

- plaisir sadique d'agresser (1<sup>er</sup> sous-stade)
- plaisir sadique de dominer (2<sup>ème</sup> sous stade)

J. Bergeret fait naître le narcissisme de ce 2<sup>ème</sup> sous stade qu'il décrit comme « une expérience de réceptivité voluptueuse », c'est-à-dire de relation bénéfique à l'objet et non pas d'expérience sadique sur l'objet.

Si cette expérience de « réceptivité voluptueuse » est trop intense ou que le Moi, par défaut de maturation est encore incapable de faire face à un tel assaut pulsionnel, cette expérience sera traumatisante.

Le narcissisme pathologique se caractérise alors par un **Moi lacunaire** par incomplétude narcissique, une sorte de poche trouée, avec une **revendication affective inépuisable, une insatisfaction irréductible, une quémante permanente.** Le sujet a une image de soi faible et fragile qui oscille entre des **tentatives d'élation narcissique (parfois grâce à la drogue) et de déréliction.**

J. Bergeret explique ces tentatives d'élation par un **Idéal du Moi puéril, absolu et sans nuances,** par des idéalizations mégalomaniaques illusoire.

### **I/6.h. Paul Federn (1871-1950) : Frontières du moi et narcissisme**

Federn s'est tout particulièrement attaché à l'observation et à l'étude de ce qu'il appelle « le sentiment du Moi » [30] (Ichgefühl) et de ses fluctuations dans les phénomènes normaux et pathologiques tels l'endormissement, l'évanouissement, le sentiment d'étrangeté, la dépersonnalisation, etc.

Avec le concept de « frontière du Moi », Federn insiste sur la différence entre sa conception du narcissisme et celle des autres auteurs. Créé par Paul Federn, ce concept ne désigne « rien d'autre que l'existence d'une perception de l'étendu de notre sentiment du Moi ». Il prend avant tout en compte les variations énergétiques (on peut parler ici d'un raisonnement « économique » en psychanalyse) qui interviennent **dans les investissements du Moi et des Objets.**

Le sentiment du Moi, sorte d'auto sensation de soi-même, existe pour Federn « *depuis le début, bien qu'il soit tout d'abord vague et pauvre en contenu* », il est en lui-même agréable

« sans revêtir un sentiment de satisfaction particulière », il lui reconnaît la qualité « d'un 'avant-plaisir' agréable ».

Le terme de « frontières du Moi » désigne en fait le sentiment d'étendue du domaine du Moi (on peut le rapprocher du sentiment d'extension de l'amibe évoqué par Freud : « l'éventail des fonctions du Moi ».)

Federn nous explique que ces frontières n'ont **rien de fixe** et qu'elles changent sans cesse : il s'agit d'un changement d'étendue en fonction **des objets rencontrés à la périphérie du Moi**. Ces changements pouvant provoquer des mouvements du Moi, mouvements qui accompagnent les sentiments d'**étrangeté ou de dépersonnalisation (voir chapitre « Les affects narcissiques »)**.

**Malgré une diversité théorique, une notion est commune à tous ces auteurs : l'enfant a une expérience de plénitude narcissique et, à un moment donné, un traumatisme perturbe l'évolution de son narcissisme.**

## I/7. Les affects narcissiques

Les affects du narcissisme heureux se marquent par une certaine satisfaction de soi-même qui est relative, un sentiment d'intégrité, de maîtrise et de possession de soi. Concrètement cela peut être le fait de se sentir digne de la situation que l'on occupe, du conjoint avec qui l'on vit, d'un éventuel honneur...

La satisfaction excessive de soi-même prend la forme de suffisance, d'arrogance, elle est souvent exhibée par des sujets « narcisses » qui sont en fait très incertains d'eux-mêmes, nous dit Paul Denis dans son ouvrage *Le Narcissisme, que sais-je ?, puf*.

Ces sujets cherchent à affirmer une supériorité pour cacher leur propre vulnérabilité [29].

- L'exaltation : intense ou plus mesurée, l'exaltation est l'affect narcissique positif par excellence et correspond à l'expérience d'une extension du Moi. Mais le sentiment d'exaltation peut prendre des formes plus discrètes et finalement accompagner tout gain dans le domaine du narcissisme : toute perception d' un progrès du Moi s'accompagne de quelque chose qui s'apparente à cet affect.
- La dépersonnalisation : l'atteinte du narcissisme peut menacer de désorganisation le fonctionnement psychique tel qu'il s'était équilibré jusque-là, ou produire un état, plus ou moins nuancé, de dépersonnalisation.

Le sujet éprouve alors une impression de gêne, d'étrangeté, ne se reconnaît plus tout à fait.

Paul Denis nous donne l'exemple d'un étudiant voyant son nom sur la liste des candidats reçus à un examen: il ressent un sentiment étrange, n'en croit pas ses yeux, cherche à se faire confirmer ce qu'il vient de lire. Il éprouve une atteinte de son narcissisme, même s'il en est

atteint en bien. Tout bénéfique que soit ce changement, il est changement et donc désorganisation, minime fut-elle.

L'état amoureux constitue également un changement qui bouleverse l'équilibre narcissique précédent.

- Le vécu dépressif : l'échec ou l'humiliation viennent rendre dérisoire toute idée d'omnipotence. Le sujet éprouve un sentiment de restriction du Moi, d'infériorité, inverse du sentiment d'exaltation. Cet affect de restriction du Moi constitue un premier degré du vécu dépressif.
- La honte : l'état de désorganisation lié à l'atteinte du narcissisme produit des affects différents selon son intensité et selon la façon dont le sujet la combat ; la honte peut être un de ces affects. Dans la honte, l'élément qui disqualifie le sujet est vécu comme extérieur au psychisme, facilement assimilé au regard des autres. La culpabilité est intime, la honte est publique et doit publiquement être lavée [46].
- La rage narcissique : elle est le pendant agressif de la honte. La rage narcissique vise à rétablir dans son intégrité l'**omnipotence entamée**. Elle est soutenue par une idée de vengeance, le sujet voulant venger l'atteinte qui a été faite au narcissisme (par exemple, il a été méprisé, tourné en ridicule, a subi un revers public) . Toute atteinte peut provoquer une fureur vengeresse dans un contexte de souffrance narcissique. Kohut en a même décrit une forme permanente, la *rage narcissique chronique* qui s'exprime dans une attitude constamment agressive, revendicative, harcelante, méprisante envers tous et contre tout, préventive de toute éventualité de blessure. **Certaines addictions sont ainsi déterminées par une rage narcissique potentielle dont le sujet cherche à se protéger.**

- L'indignation : le sentiment d'indignation, au plan personnel, est soulevé par l'impression d'avoir été trahi, par le sentiment qu'une atteinte à sa propre dignité, autant dire à son narcissisme, a été commise. « Me faire cela à moi ! » est le cri de l'indignation personnelle.

#### Concept de blessure narcissique :

La notion de « blessure narcissique » a été introduite par Freud, elle apparaît dans le cas de l'Homme aux loups : « Notre malade vit s'effondrer sa résistance au moment où une affection organique des organes génitaux fit revivre en lui l'angoisse de castration, mettant en déroute son narcissisme et le contraignant lui-même à abandonner l'espoir d'être un favori du destin. Il tomba donc malade d'une « frustration » narcissique. Ce narcissisme chez lui excessif était en parfait accord avec les autres indices qu'il présentait d'un développement sexuel inhibée... », S. Freud, 1918, « Cinq psychanalyses », Paris, PUF, 1990.

Ultérieurement on utilisera davantage les termes de perte affectant le narcissisme, de « blessure narcissique », que celui de « frustration ». L'idée est là cependant que tout ce qui touche le narcissisme peut avoir des conséquences psychopathologiques : angoisse, désorganisation, dépression, agressivité, fureur...

#### **I/8. L'Echelle d'estime de soi de Rosenberg :**

Lors de notre rencontre avec les patients au CSAPA, nous avons choisi d'utiliser cette échelle pour tous ceux dont on pressentait une faible estime de soi.

Elle est composée de 10 items, voir « Annexes » : 5 correspondent à une forte estime de soi et 5 correspondent à une faible estime de soi. Pour chaque item, le sujet doit se prononcer sur une échelle en 4 points allant de **1** « tout à fait d'accord » à **4** « tout à fait en désaccord ».

Pour les items correspondant à une forte estime de soi, on relève les 5 scores. Pour les items correspondant à une faible estime de soi, on recode les scores pour qu'ils correspondent à une mesure de forte estime de soi. Par exemple, si un sujet s'est situé à 4 « tout à fait en désaccord », sur le thème « en fait j'ai tendance à me dire que je ne vauds rien », cela signifierait qu'il est « tout à fait d'accord » qu'il vaut quelque chose et donc nous coterons 1.

On procède ainsi pour les 5 items de faible estime de soi : 1 devient 4, 2 devient 3 et inversement.

Après cette opération, on somme les 10 scores relevés et on obtient ainsi le niveau d'estime de soi du sujet.

Le score doit alors se situer entre 10 qui correspond à une très faible estime de soi et 40, une très forte estime de soi.

## **I/9. Conclusion**

La réflexion sur le Narcissisme s'est renouvelée après 1950 : en effet, après Freud, il y a eu un éclairage sur un aspect que le grand psychanalyste avait moins exploré : l'estime de soi.

Pour tous les auteurs que nous avons étudiés il y a des éléments communs : l'effondrement et l'élation, mais pour chacun d'entre eux, cela se passe à des niveaux différents :

-Winnicott théorise sur un espace transitionnel mal intégré.

-Bergeret, Kohut et Grunberger sont d'accord sur la clinique du sujet souffrant de troubles narcissiques, mais proposent des modèles explicatifs différents :

- Bergeret s'appuie sur un modèle freudien, il parle d'une vacuité du sujet avec la métaphore de la cavité anale.
- Grunberger et Kohut évoquent l'existence d'une double libido et s'opposent ainsi à « la libido univoque » de Freud. Ils parlent ainsi de deux libidos – sexuelles et narcissiques – qui sont en relation dialectique.

Pour ce qui concerne la clinique du narcissisme :

Les moments de carence narcissique sont plus fréquents et plus prolongés que ceux d'hypertrophie et le tableau clinique évoque alors une dépression mais il s'agit d'une dépression « atypique », qu'on appelle dépression narcissique ou dépression limite : elle est différente des dépressions mélancolique et des dépressions névrotiques :

- le sujet paraît moins profondément déprimé ;
- il éprouve davantage un sentiment de vide que de tristesse, ce qui paraît moins grave alors que le risque de suicide est important ;
- il ne ressent pas de la culpabilité mais de la honte ;
- il n'est pas agressif mais a de la rage ;
- son activité fantasmatique est pauvre ;

Avec la théorie de Kohut, on peut dire que cet état dépendra de la présence ou non des « soi-objets ». S'il s'agit d'une drogue, de l'alcool ou d'un psychotrope, le sujet oscille entre l'élation - que lui procure le produit d'addiction – et la dépression qu'entraîne le sevrage.

Cela explique la fréquence avec laquelle on constate des pathologies narcissiques en cas d'addiction.



**DEUXIEME PARTIE :**  
**LES ADDICTIONS**

## II / Deuxième partie : les addictions

### II/1. Historicité :

« Pharmakon » recouvre mieux les versants positifs et négatifs du mot contemporain « **drogue** », c'est-à-dire celui du remède et celui du poison (alors que tout dépend de la dose). Paracelse (médecin du 16<sup>ème</sup> siècle) disait « la dose seule fait que quelque chose n'est pas poison ».

Tout est question de *dosage* et d'*usage* :

Ce n'est pas la NATURE qui fait le caractère toxique du pharmakon, pour parler de « toxicité », il faut prendre en compte la concentration et l'usage. [75]

Dans notre société actuelle, la notion de pharmakon a cédé sa place à celle de toxikon.

De tout temps, les hommes ont consommé des psychotropes (au sens étymologique du terme : psukhé – âme sensible, esprit/ tropos – mouvement, transformation) à différentes finalités :

- remède médical empirique
- moyens de communiquer avec d'autres éléments
- établir un lien social
- influencer l'humeur
- s'extraire du monde ou au contraire trouver le courage d'y faire face.

Trois fonctions principales étaient communément attribuées à l'usage des « drogues »:

- Thérapeutique
- Religieuse
- Sociale

Au 18<sup>ème</sup> siècle, avec l'apparition du discours scientifique et des techniques « modernes », religion, fête et magie se sont dissociées.

L'usage de « drogues » était au départ, entre autres mais majoritairement, un RITE :

Une société ne peut vivre sans rite : les rites rythment une grande partie de notre existence, par exemple il y a ceux qui ponctuent la quotidienneté (succession des repas, protocole professionnel), ceux qui marquent le temps fort de la vie (intrônisation d'un chef, commémoration).

Le rite apparaît en réalité comme une « garantie » contre l'impondérable, l'imprévu....il permet par conséquent de « maîtriser » l'incertitude, de donner une stabilité. (voir infra : temporalité sans les addictions).

#### **Grandes dates dans l'histoire des addictions [79] :**

- **Platon au 5<sup>ème</sup> siècle avant J.C** parle du fait de « tenir l'alcool » qui démontre une supériorité de l'esprit de Socrate dans son livre *Le Banquet*.
- **Sénèque au 1<sup>er</sup> siècle**, distingue le fait d'être ivre et l'habitude de l'ivresse dans *Lettres à Lucilius*.
- **Increase Mather (ministre du culte puritain, auteur et pédagogue américain) en 1673**, décrit, dans son sermon « Malheur aux ivrognes », la boisson comme une « bonne créature de Dieu », mais l'abus de boisson comme l'œuvre de Satan.
- **En 1785, Benjamin Rush, médecin américain**, propose la première description de l'intempérance ou de l'ivrognerie en tant que maladie, dans un essai intitulé *An inquiry on the effects of ardent spirits upon the human body and mind*.
- **1822** : Les confessions d'un mangeur d'opium anglais, de Thomas De Quincey.
- **1826** : Fondation de l'**American Temperance Society**.
- **1850** : un médecin suédois **Magnus Huss**, propose de définir l'ivrognerie comme une

intoxication chronique, et introduit le terme **d'alcoolisme**.

- **1850 : Pravaz et Wood**, respectivement français et écossais sont à l'origine de l'invention de la **seringue**, après l'isolement de la morphine, progrès pour les blessés de guerre où les injections sous cutanées de morphine seront très utilisées. Très vite, l'usage sera détourné et les premiers cas de morphinismes chroniques apparaîtront.
- **1857** : Dans son œuvre *La dégénérescence*, **B.A Morel** propose une théorie générale de toutes les formes de pathologies qui s'appliquera particulièrement aux « maladies sociales », la syphilis, la tuberculose, **l'alcoolisme et les toxicomanies**.

## II/2. Généralités sur les addictions :

Le sujet ayant des conduites addictives est aux prises avec un processus qui le dépasse: le désir est transformé en besoin.

« C'est addictif », l'expression, de plus en plus souvent utilisée par les jeunes est devenue commune.

Bien des toxicomanes parlent de leur première rencontre avec la drogue comme d'une révélation, un véritable coup de foudre:

« Ce résultat négatif était perdu dans l'immensité des effets positifs qui s'étaient réalisés devant moi, dans l'abîme de volupté divine qui s'était soudain révélé. C'était bien une panacée, un pharmakon népanthès (remède qui efface toute trace de souci) pour toutes les souffrances humaines; c'était le secret du bonheur, et ce secret, sur lequel les philosophes ont discuté pendant tant de siècles, se dévoilait tout à coup. Désormais le bonheur s'achèterait pour un penny; on le transporterait dans une poche de son habit; des extases portatives pourraient être enfermées dans une bouteille d'une pinte et la paix de l'esprit s'expédierait par la diligence » [26].

### **II/3. La dépendance selon l'Organisation Mondiale de la Santé :**

Après avoir tenté dans les années 1950 de définir la toxicomanie, l'OMS en 1964, recommandait l'abandon de ce concept peu opérant pour le remplacer par la notion de « dépendance ». Pour les experts, la dépendance est « du premier type », c'est-à-dire d'abord le fait de ne pas pouvoir se passer de quelque chose sans forcément impliquer un envahissement complet de l'existence.

En 1969, l'OMS définissait la « pharmacodépendance » comme : « un état psychique et quelques fois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportements et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits. »

Cette définition se voulait plus objective que l'ancienne notion de « toxicomanie » chargée d'histoire et de connotations subjectives.

## II/4. DSM et CIM 10

### Dépendance à une substance selon le DSM-IV

Présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Tolérance (quantité ou effet)
2. Sevrage (syndrome)
3. Substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée
4. Désir persistant
5. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance
6. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées
7. Utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent

**ABUS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES DSM IV (1994)**

A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois

1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

**UTILISATION NOCIVE POUR LA SANTE (CIM 10)**

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraînée des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et à souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.



Les critères diagnostiques de ces classifications ont induit une évolution sensible des idées, notamment en introduisant une différence entre usage nocif (ou abus) et dépendance.

Le DSM peut être contesté dans la mesure où il ne contient que des éléments descriptifs et ne se fonde pas sur une conception psychopathologique, il reste cependant un outil incontournable, à la fois au niveau des recherches épidémiologiques, et des comparaisons internationales ; il est le seul instrument permettant de prendre en acte des consensus qui existent dans la communauté psychiatrique internationale.

## **II/5. Goodman A.**

En 1990, le psychiatre Aviel Goodman donne la définition de l'addiction : « Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

Il a ainsi établi une liste de critères permettant de poser le diagnostic de trouble addictif.

**Critères pour le diagnostic de trouble addictif (d'après Goodman 1990)**

- A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
- B. Tension croissante avant d'initier le comportement
- C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
- D. Perte du contrôle en débutant le comportement
- E. Cinq des critères suivants ou plus :
  1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
  2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
  3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter
  4. Temps considérable passé à réaliser le comportement
  5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
  6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
  7. Poursuite malgré les problèmes sociaux
  8. Tolérance marquée
  9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement
- F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période

## **II/6. Quelques produits d'addiction :**

Nous avons choisi de décrire seulement « les produits » utilisés par les patients présentés dans la partie « cas cliniques ».

Ces descriptions se veulent succinctes du fait des compléments neurobiologiques et neuroanatomiques apportés dans un chapitre suivant.

### **II/6.a. La cocaïne (dimension narcissisante)**

L'alcaloïde des feuilles du cocaïer, arbuste des Andes, fut isolé en 1859 par A. Niemann et connut rapidement un grand succès. Ceci par ses applications en thérapeutique et notamment en anesthésie locale, mais aussi, très rapidement par son utilisation de type toxicomaniaque.

La cocaïne était classée par Lewin parmi les « euphorica » au côté des opiacés : elle est, en effet, après l'héroïne, la drogue des toxicomanes, ayant même, depuis la fin des années 70, dépassé l'héroïne aux Usa.

Si elle est euphorisante comme l'héroïne, nous la classons aujourd'hui plutôt dans les excitants (« les excitantia » de Lewin) avec les amphétamines.

Les indiens d'Amérique du sud conservent depuis des siècles l'habitude de mâcher les feuilles de coca pour couper la faim, lutter contre le sommeil et la fatigue. Dans leur cas, il s'agit d'une pratique culturellement intégrée et les petites doses de cocaïne ainsi ingérées en font un stimulant mineure, une drogue douce comparable à la caféine. La cocaïne elle-même, a une action infiniment plus violente : drogue d'action « d'éveil », elle se distingue radicalement des opiacées qui sont des anesthésiques et qui favorisent plutôt l'isolement, le repli sur soi. Elle donne un sentiment de maîtrise de soi, d'augmentation des capacités intellectuelles, de lucidité, de simplicité. Comme les amphétamines, elle augmente la vigilance, empêche le sommeil, gomme la sensation de fatigue.

La cocaïne est souvent prise « sniffée », en « rails » ou en « lignes » à l'aide d'une paille mais elle peut aussi être injectée, ce qui produit un effet encore plus explosif, elle est souvent présentée comme une drogue de créateur, d'artiste, voire, utilisé comme un dopant de travail intensif .... Ce serait en quelque sorte une substance de « surintégration », symbolique d'une société de compétition et de culte de la performance.

Pour l'utilisateur récréatif, les signes de sevrage ne seront présents que lors d'utilisation massive, excessive. Lassitude, idées dépressives avec connotations suicidaires sont assez souvent décrites. L'utilisation chronique de cocaïne développe couramment des idées paranoïaques de type persécutoires, une agressivité et des dépressions marquées. L'overdose est possible avec des troubles respiratoires et cardiaques graves. Le sevrage est ici marqué par une humeur dysphorique avec une note confusionnelle parfois importante, indiquant une hospitalisation.

L'aliénation au produit et le désinvestissement affectif et social signent une dépendance psychologique majeure d'installation rapide. La cocaïne est la source d'une dépendance particulière, en effet, il n'existe pas avec elle, de tolérance physique et de syndrome de sevrage physique lors de l'interruption volontaire ou accidentelle d'une utilisation prolongée ; contrairement aux opiacés, il n'existe guère de tolérance aux effets de la cocaïne. Au contraire avec l'habitude, une même dose en vient à faire plus d'effet qu'auparavant. Cette dépendance différente va de pair avec une relation au plaisir aussi différente : alors que dans le cas des opiacés il s'agit de sensations physiques directes, solitaires, la cocaïne, du moins dans les premiers temps serait plutôt une drogue qui encourage la recherche d'autres plaisirs. La cocaïne peut donc nous éclairer sur un autre type de dépendance qui souligne l'importance du phénomène de sensibilisation. [79]

La problématique narcissique est au centre de l'utilisation de ce produit de par ses effets narcissisants.
--

## **II/6.b. L'alcool**

Connue depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, la molécule d'alcool éthylique, ou éthanol C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, est une substance organique très simple. Elle est issue de la décomposition, de la fermentation des sucres contenus dans des fruits ou grains. Aujourd'hui, l'alcool sous ses diverses formes constitue une marchandise de première importance au niveau mondial, la France étant le premier producteur.

### *L'ivresse alcoolique :*

L'ivresse éthylique est le modèle universel d'une modification d'état de conscience, parfois d'une folie passagère, dont le contenu est suffisamment connu pour être « intégré » dans le fonctionnement social. L'action psychoactive de l'alcool est étroitement dépendante de la dose et il existe une corrélation très nette entre le taux d'alcoolémie et les modifications psychiques et physiologiques. L'alcoolémie est évidemment fonction de la quantité d'alcool absorbée et catabolisée par le foie, ce dernier catabolise environ 15mg d'alcool par heure soit approximativement le produit d'une consommation standard. Au niveau cérébral, les principaux sites de fixation sont les récepteurs **GABA** et les récepteurs du **glutamate**. L'action sur les récepteurs GABA, qui sont des sites « d'action inhibitrice » sur les transmissions d'informations entre neurone, rapproche l'alcool des benzodiazépines.

Les récepteurs au glutamate sont répartis dans tout le cerveau et jouent un rôle dans les processus *mémoriels*. L'action de l'alcool sur ceux de l'hippocampe serait à l'origine de l'amnésie de fixation liée à une ivresse aigüe.

L'alcool agit aussi sur les récepteurs sérotoninergiques, sur les récepteurs nicotiques et comme pour toutes les drogues addictives, il est admis que l'alcool agirait également sur les circuits dopaminergiques. (Voir infra : circuits de récompense).

L'action de l'alcool est biphasique : après une phase d'euphorie, d'excitation, suit une phase de sédation, parfois de malaise ou de sentiment dépressif, enfin de sommeil. La frontière entre ces deux actions se situe, approximativement à un taux sanguin de 0,8mg par litre.

Le plaisir ou l'effet recherché dans l'usage d'alcool n'est pas univoque : le plus souvent, c'est l'euphorie légère et la désinhibition qui sont recherchées. D'autres fois, il s'agit d'un engagement dans une expérience plus profonde d'ivresse, dans le vertige de la perte de contrôle. Certains vont aussi rechercher la sédation, l'anesthésie, la fuite d'un vécu désagréable, jusque dans le sommeil.

L'ivresse aiguë peut être considérée comme une transe et a constitué un état quasiment sacré chez les Anciens, Grecs et Romains. Elle peut être décrite comme une intoxication qui s'installe en trois étapes :

- Entre 1 et 2 grammes d'alcool par litre de sang, c'est la phase d'excitation motrice où l'on observe une facilitation des contacts avec désinhibition, euphorie, puis perturbation de l'attention et du jugement. Cette désinhibition a été appelée par certains : « la dissolution du surmoi dans l'alcool » et constitue certainement la plus forte motivation pour s'engager dans une séquence d'ivresse.
- Au dessus de 2 grammes par litre, s'installe la phase d'incoordination : elle est marquée par une grande incohérence et des troubles de la vigilance. Le sujet somnole et présente la fameuse démarche ébrieuse caractéristique. Les tremblements, les nausées et les vomissements complètent le tableau.
- Au dessus de 3 grammes par litre, la phase comateuse suit : en effet, le sujet s'enfonce dans un coma profond avec chute de la température corporelle, dilatation des pupilles ne réagissant plus à la lumière, chute du tonus musculaire, absence de réflexes, ralentissement de la fréquence cardiaque et parfois chute de tension.

## **II/6.c. Le cannabis**

Le cannabis est de nos jours le produit psychoactif illicite le plus consommé chez les 15-24ans [Reynaud M., Addictions et psychiatrie, Masson 2005].

Le principe actif est issu d'une plante appelée *cannabis sativa*. On le nomme THC pour tétrahydrocannabinol. En dehors du THC, de nombreux composés ont également une activité psychotrope mais moindre. Les cannabinoïdes - alcaloïdes actifs- exercent leur action en se fixant sur des récepteurs spécifiques :

- CB1, localisé essentiellement dans le cerveau
- CB2, dans les tissus périphériques

La mise en évidence de ces récepteurs cérébraux a conduit à montrer la présence dans le cerveau de substances proches : les cannabinoïdes endogènes.

Le neuromédiateur concerné pourrait être l'anandamide [79] ;

L'anandamide -N-arachidonylethanolamide- a été isolée et identifiée pour la première fois en 1992 [Devane WA « Isolation and structure of a brain constituent that bind to the cannabinoid receptors », Science, vol.258, n°5090, décembre 1992, p. 1946 à 1949].

A l'heure actuelle, la fonction physiologique de ce médiateur n'est pas totalement connue : des études sont en cours pour clarifier le rôle de l'anandamide notamment dans l'alimentation, le soulagement de la douleur et les rythmes du sommeil.

*L'ivresse cannabique :*

L'ivresse cannabique, que l'on peut rapprocher de l'ivresse alcoolique, présente certains risques.

Elle est liée à la *dose* absorbée, donc à la qualité du produit consommée (concentrations de THC différentes selon les produits dérivés de la plante).

Elle est constituée de quatre étapes :

- Une première, rapide après consommation, se caractérise par l'installation d'une certaine *euphorie* avec un sentiment de bien être intérieur et désir de partager cet état. A ce stade les différentes opérations mentales ne sont pas touchées ;
- Lors de la deuxième phase, dite *confusionnelle*, les perceptions sensorielles sont modifiées, de façon très variable selon la personnalité du sujet et son état psychologique au moment de la prise du toxique. On note couramment une importante labilité émotionnelle avec une suggestibilité augmentée.
- La troisième phase se caractérise par l'*apathie* et par une sensation de résolution des problèmes.
- Lors de la quatrième phase, survient souvent un *assoupissement*.

Les dangers de cette intoxication dite « aiguë » sont d'abord indirects, notamment sur la conduite automobile. Pour des sujets anxieux, l'expérience peut être angoissante et désagréable. Plus rarement, le produit pourra révéler des troubles profonds de la personnalité avec des tableaux délirants ou hallucinatoires.

L'ensemble de la symptomatologie observée chez des personnes ayant une consommation répétitive et régulière est regroupé sous le nom de « syndrome amotivationnel ». Les signes manifestes sont un repli sur soi et un désintérêt généralisé, hormis pour le produit.

### **II/6.d. Les jeux vidéo**

Nous avons choisi de donner ici une description d'un type particulier de jeu vidéo que l'on appelle « en ligne ». C'est-à-dire que le sujet y a accès par le biais d'internet.

Les MMORPG ou *Massively Multiplayers Online Role Playing Games* sont les jeux le plus souvent associé aux problématiques addictives.



Le joueur est représenté par ce qu'on appelle un *avatar*, évoluant dans un monde virtuel, en temps réel. Les joueurs ont la possibilité d'échanger par l'intermédiaire d'une boîte de dialogue avec un système de communication instantanée.

Ils se communiquent ainsi les stratégies ou tactiques à adopter pour accomplir une mission ou quête ; certains joueurs expriment aussi leurs émotions par le biais de ces dialogues.

Le jeu en ligne le plus populaire est *World of Warcraft* : il s'agit d'un jeu de rôle dont l'univers est inspiré de l'œuvre de J.R.R. Tolkien (écrivain du célèbre « Seigneur des anneaux »), dont le genre littéraire est celui de l'*heroic fantasy*.

Le jeu prend place dans un monde imaginaire où le joueur choisit son personnage parmi douze « races » proposées, qui appartiennent soit à « la Horde » soit à « l'Alliance ».

Les personnages de l'Alliance sont, par exemple : un nain, un gnome, un humain ou encore un elfe.

Les personnages de la Horde, quant à eux, sont, entre autres : un Orc, un Trall, un Tauren (sorte de minotaure) ou encore un Mort-vivant.

Au début du jeu, le but est de faire évoluer le personnage pour passer du niveau 1 au niveau 70 : il faut compter environ 480 heures pour l'atteindre. Une fois ce niveau atteint, la « course au stuff » commence : dans le langage des joueurs cela correspond à la recherche du meilleur équipement pour le personnage.

La perte de la notion du temps est un phénomène associé de manière quasi systématique à l'expérience du jeu, cependant pour le joueur, qui aura des difficultés à interrompre le jeu et devra ainsi sacrifier d'autres activités, la perte de la notion du temps est une expérience positive qui lui permet d'échapper temporairement au « stress » de la vie quotidienne.

Par l'intermédiaire de son avatar le joueur va ainsi s'approprier un nouveau monde.

L'avatar représente le support d'une identité virtuelle questionnant la représentation d'un

**Idéal du Moi.**

D'après une étude de Bessière et al., en 2007 : chez les sujets ayant une faible estime de soi, l'avatar est plus proche de l'Idéal du Moi que de la personnalité même du joueur.



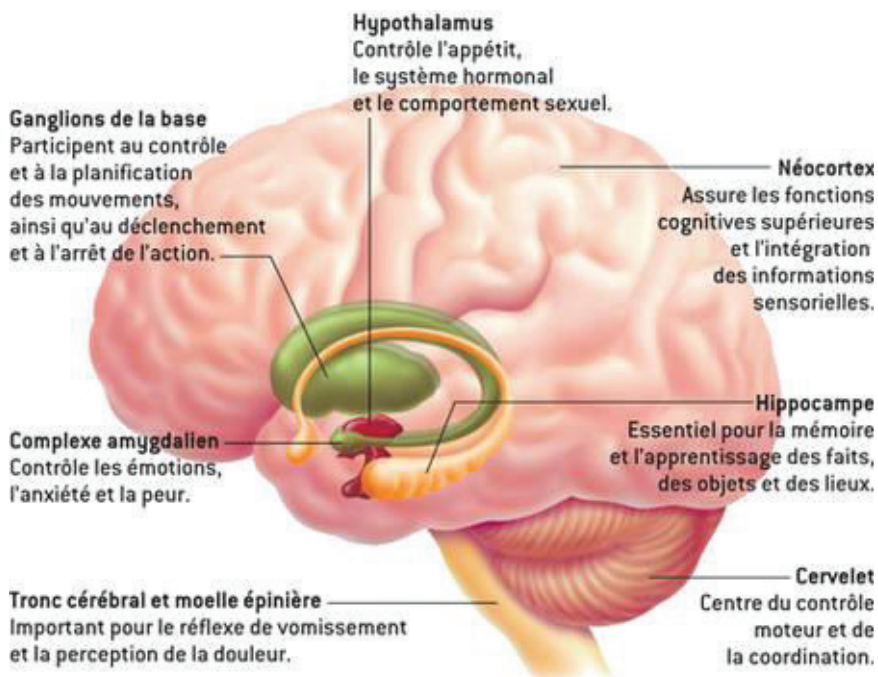
## II/7. Neuroanatomie et biologie des addictions :

De nombreux arguments sont en faveur d'un dysfonctionnement cérébral chez les personnes souffrant l'addiction.

Les systèmes de récompense et de punition (ou système d'approche et d'évitement ou de plaisir et de souffrance) sont mis en jeu dans le circuit du plaisir et de la gestion des émotions.

Dans l'addiction, il y a remplacement d'une émotion par une **sensation**.

Dans cette partie, nous aborderons donc les structures cérébrales impliquées dans le phénomène des addictions, le système opioïde endogène et le phénomène de craving.



La dépendance va se créer via le **circuit dopaminergique mésocortical et mésolimbique** :

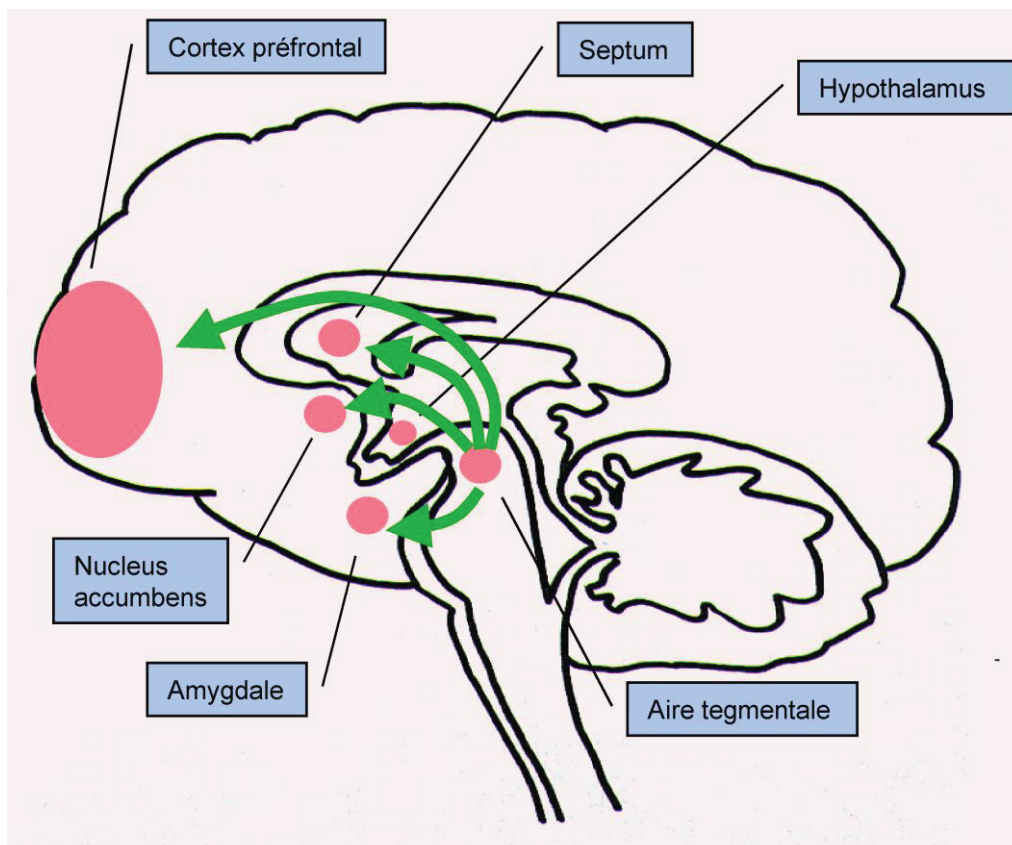
- Directement, de par l'augmentation de l'activité dopaminergique

- Indirectement, de par le système GABA (alcool), le système opioïde endogène (voir infra), les cannabinoïdes, l'hyperréactivité de l'axe hypothalamo-hypophyse-surrénale...

### **II/7.a. Structures cérébrales impliquées :**

Les principales structures cérébrales impliquées dans le phénomène d'addiction sont les suivantes

- Le cortex préfrontal
- L'amygdale et l'hippocampe
- Le noyau accumbens
- L'hypothalamus
- L'aire tegmentale ventrale

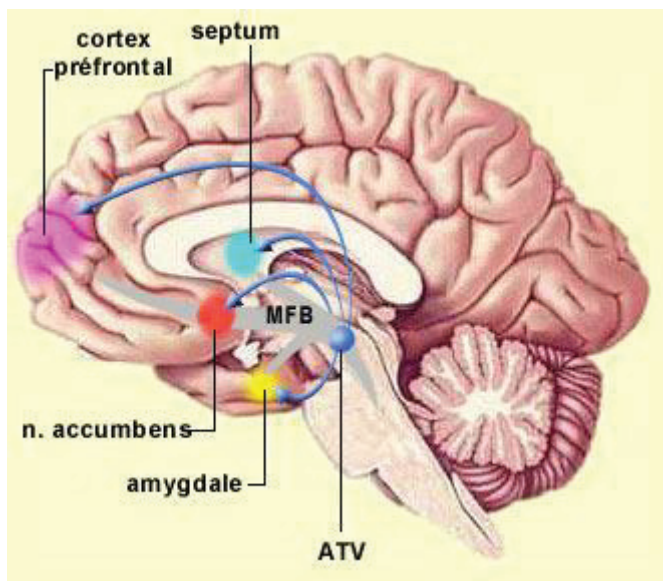


### Le cortex préfrontal :

Il est à l'origine du conditionnement pavlovien et du phénomène de craving => impulsions, compulsions à consommer le produit sans pouvoir s'arrêter.

Les lésions de cette structure sont responsables des troubles cognitifs.

### Le noyau accumbens :



Il est composé de trois parties :

L'écorce, le cœur et le pôle rostral.

Toutes les drogues renforçantes augmentent la dopamine dans le noyau Accumbens et provoquent une augmentation des récepteurs dopaminergiques (familles D1 , D2).

Si un produit est renforçant, il y aura libération de dopamine dans l'écorce par l'aire tegmentale ventrale.

L'élévation de dopamine anticipe la sensation de plaisir.

Si une baisse de dopamine survient, le consommateur aura une sensation de manque avec anxiété, irritabilité qui initiera le phénomène de craving, voir infra.

**L'amygdale et l'hippocampe :**

Ces structures interviennent dans l'apprentissage et les émotions.

**Le pallidum ventral :**

Il est responsable des réponses motrices, de la recherche du produit, de l'hyperactivité.

**Hypothalamus : plusieurs connexions**

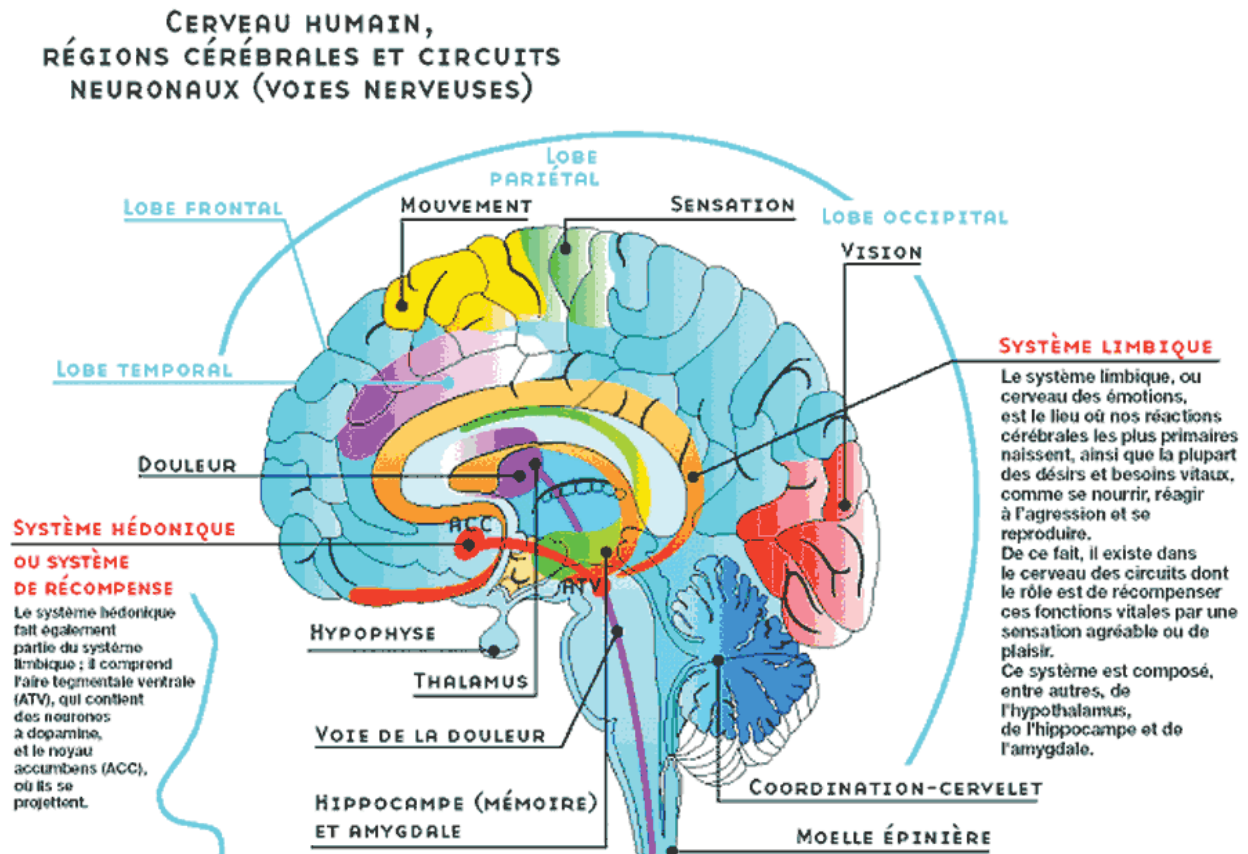
- Avec le Noyau accumbens
- Avec le système limbique (amygdale, hippocampe)
- Avec l'hypophyse

**L'aire tegmentale ventrale (ATV) :**

Elle contient des neurones à Dopamine qui se projettent sur le noyau accumbens et le cortex préfrontal, l'amygdale et le septum, via le faisceau médian du télencéphale (FMT ou **MFB**)

## II/7.b. Le système opioïde endogène et la dépendance

C'est la capacité des drogues à activer les circuits de récompense qui est le déterminant majeur du processus addictif [61].



Le développement de l'addiction est ainsi déterminé par les altérations des circuits de récompense.

Le système dopaminergique mésolimbique est impliqué dans les effets renforçants induits par les drogues :

Il y a augmentation de l'activité des neurones dopaminergiques sous l'effet des drogues ou psychotropes, alcool etc. Ce qui conduit à une élévation des niveaux extra cellulaires de dopamine dans le noyau accumbens.

D'autres systèmes neurochimiques que le système dopaminergique interviennent dans le processus addictif, en particulier le **système opioïde endogène**.

Il joue un rôle très important dans le contrôle physiologique des circuits cérébraux de récompense.

L'aire tegmentale ventrale, le noyau accumbens, l'amygdale et le cortex préfrontal sont les structures cérébrales où se concentrent particulièrement **les récepteurs et peptides opioïdes**.

4 récepteurs opioïdes :

- **mu** : situés dans le thalamus, le striatum, le locus coeruleus et le noyau du tractus solitaire ;
- **delta** : dans le cortex, le striatum et le noyau du pont.
- **Kappa** : hypothalamus, noyau accumbens, substance noire, aire tegmentale ventrale, noyau du tractus solitaire.
- **Récepteur ORL1** (nociceptine/orphanine FQ) : les plus hautes densités de sites de liaison ont été trouvées dans le cortex, l'amygdale, l'hippocampe postérieur, le thalamus, l'hypothalamus, les noyaux mammillaires, le locus coeruleus et le noyau du raphé dorsal.

**Les 3 précurseurs des peptides opioïdes endogènes sont :**

1/ *la proopiomélanocortine* : produite dans le lobe intermédiaire de l'hypophyse essentiellement, + elle est présente dans les neurones de l'hypothalamus et du tronc cérébral.

2 / *la Proenképhaline* : les ARNm de ce dernier sont essentiellement retrouvés dans le striatum (la majorité des neurones enképhalinerigiques innerve le globus pallidus) et dans de nombreux noyaux hypothalamiques.



3/ *la prodynorphine* : ses dérivés sont présents ++ dans l'hippocampe, la substance noire, le noyau accumbens et la neurohypophyse.

Divers peptides sont générés à partir de ces précurseurs :

La bêta-endorphine : affinité ++ pour les récepteurs mu.

Les met- et leu-enképhalines : affinité++ pour les récepteurs delta.

Les dynorphines : affinité ++ pour les récepteurs kappa.

Les néoendorphines : affinité ++ pour récepteurs kappa.

L'inactivation de ces peptides se fait par dégradation enzymatique :

Deux enzymes principales : l'endopeptidase neutre (néprilysine) et l'aminopeptidase.

Un autre peptide a été découvert plus récemment :

Le peptide N/OFQ : son ARNm est retrouvé majoritairement dans les neurones du diencephale et du tronc cérébral, il a une affinité pour le récepteur ORL1.

**Les effets renforçant des drogues opiacées sont induits par l'activation du système opioïde endogène au niveau du noyau accumbens et de l'aire tegmentale ventrale : c'est l'activation des récepteurs mu et delta dans le noyau accumbens et l'inhibition de l'activité GABAergique induite par les récepteur mu au niveau de l'aire tegmentale ventrale qui sont provoquées par les opiacés (il y a alors libération de dopamine dans le système limbique).**

Les agonistes mu ont la plus forte capacité à induire des effets renforçants

Les agonistes mu comme la morphine (et les agonistes delta) peuvent induire des comportements d'auto administration intracérébrale ;

### **II/7.c. Découplage et « désynchronisation » des systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques :**

Jean-Pol Tassin (Université Paris VI Pierre et Marie Curie), nous éclaire sur la neurobiologie des addictions en formulant l'idée selon laquelle **la stimulation du système de récompense par la libération de dopamine** ne constitue pas à elle seule le mécanisme en jeu au niveau cérébral.

En effet, il nous dit qu'à l'occasion d'une entrée sensorielle annonciatrice de plaisir, la dopamine est activée et permet de « choisir » les sorties comportementales aboutissant à une décision adaptée. En amont de cette situation, ce sont **les deux systèmes, noradrénergique et sérotoninergique**, qui contrôlent cette **activité dopaminergique**, l'activation de l'un entraînant celle de l'autre et inversement. La prise de substance rompt ce couplage des deux systèmes qui se désynchronisent : pour Jean-Pol Tassin, c'est ce découplage qui est vraisemblablement responsable de la dépendance. Une fois désynchronisé, le système n'est plus contrôlé même à long terme. Ainsi il nous dit qu'au-delà d'un dysfonctionnement du système dopaminergique, c'est une perturbation en amont des systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques qui se produit.

Ce couplage n'existe pas à la naissance – c'est avec l'expérience qu'il va se mettre en place – et les mêmes phénomènes de découplage sont observés quelque soit le produit à l'origine de la dépendance (tabac, alcool, morphine, amphétamine...).

### **II/7.d. Le Craving :**

Littéralement : besoin maladif.

Etat motivationnel pathologique qui précède la recherche et la prise de produits addictifs (drogues) [78].

Plusieurs études ont associé « le craving » à l'activation de structures limbiques, à l'amygdale essentiellement, ces structures sont celles impliquées dans la motivation et les affects, elles reçoivent des afférences de la voie dopaminergique mésoaccumbique [81].

Chez les sujets sains, les situations émotionnelles, gaies ou tristes activeraient principalement le cortex frontal médian et le gyrus frontal supérieur ; quant à l'amygdale, elle serait principalement activée lors des situations de peur [53].

**Il semble que le substratum neurobiologique du craving soit différent de celui des émotions normales.**

## **II/8. Psychopathologie des addictions :**

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

### **Les modèles psychologiques**

- Les conceptions cognitivo-comportementales :

La plupart des auteurs ayant travaillé sur les théories cognitivo-comportementales se sont surtout consacrés à l'étude des comportements spécifiques : boulimie, toxicomanie, alcoolisme ; néanmoins, les théories générales de l'addiction ne sont pas encore formulées.

Cependant, on a à disposition des énoncés intéressants qui pourront faire l'objet d'une base de constitution d'un futur modèle assez complet. Ceci est d'autant plus important que le domaine des addictions constitue une indication reconnue des thérapies cognitivo-comportementales.

La définition de l'addiction fait avant tout référence à la contrainte.

En termes de théories comportementales, elle est une impulsion irrésistible à s'engager dans un comportement néfaste [68].

La particularité observée dans ces comportements révèle le rôle des phénomènes d'apprentissage, du traitement de certaines émotions, mais aussi le rôle du conditionnement opérant, puisque les effets résultants de la prise du produit vont devenir la cause de la prise du produit et les résultats négatifs de la consommation vont induire inversement le recours au produit pour les effacer !

Dans l'addiction, il y a deux phases :

Une phase de préparation, que l'on appelle « phase anticipatoire » et une phase de consommation qui correspond à « l'effet latéral ». La première est purement cognitive, la seconde est aussi comportementale. Il paraît donc important d'étudier ce qu'il se passe entre ces deux phénomènes.

Les travaux de Beck avancent que le traitement de l'information dépend de structures cognitives (qui sont inconscientes, traitent automatiquement les informations, donnent du sens au vécu...) qui, à l'aide de processus cognitifs particuliers transforment les informations en événements cognitifs qui vont déclencher ou maintenir certains comportements.

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

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

Les facteurs de fragilisation :

- L'anxiété
- Les difficultés interpersonnelles et de communication
- L'impulsivité
- **Une image de soi négative et une faible estime de soi**
- **Les facteurs de personnalité comme :** la recherche de sensations, les traits de personnalité antisociale, dépendante, limite, narcissique.

Les situations déclenchantes :

- Le manque
- Les conflits
- Les échecs
- Le vide....

La conjonction entre ces facteurs de fragilisation et les situations déclenchantes entraîne des possibilités diverses que l'on pourrait traduire en terme de besoin :

**Se protéger, reprendre confiance en soi**, restituer une forme de normalité apparente, agir, contrôler les situations, **renforcer l'image de soi**, annuler les effets négatifs de l'addiction.

Les distorsions cognitives (pensée dichotomique, minimisation...) liées aux structures cognitives, favorisent l'interprétation erronée des situations, et après avoir initialisé le comportement, le rendent impossible à juguler.

Le modèle cognitif est à reconsidérer en fonction de chacune des conduites addictives, mais cette conception a le mérite de montrer, par le biais des relations entre divers facteurs, que l'addiction est un montage complexe dans lequel interviennent, sur le plan psychologique, un traitement particulier de l'information et des procédures de conditionnement.

- Le modèle de la recherche des sensations

Zuckerman, dans les années 1960, effectue des recherches sur l'activation, notamment sur le **besoin d'atteindre et de maintenir un niveau d'activation élevé (*optimum Level of Activation*) et également sur la recherche de sensations.**

Ce besoin peut être considéré comme un facteur explicatif des conduites addictives. La recherche de sensations correspond au besoin d'expériences nouvelles, complexes et variées.

Pour avoir de telles expériences, des risques physiques et sociaux sont ainsi pris par le sujet addict, afin de maintenir un niveau optimal élevé d'activation cérébrale.

Il faut alors distinguer deux périodes : la phase d'initiation et celle de l'installation de la dépendance.

- La recherche de sensations pourrait jouer un rôle dans la rencontre du produit, qui servira de base à l'addiction et à son pouvoir initiatique : la recherche d'expériences nouvelles, l'attrait pour les situations fortes, pour le changement, la nouveauté et la sensibilité à l'ennui peuvent donner à certains produits le pouvoir d'accroître les sensations.
- La seconde phase, correspondant à l'installation de la dépendance, est marquée par la poursuite de l'usage du produit sous l'influence des exigences adaptatives liées à

l'anxiété et au sevrage, conséquences de l'addiction.

Ce modèle paraît assez bien correspondre à certaines conduites addictives et il démontre leur aspect d'**élation et d'hédonisme**.

**TROISIEME PARTIE :**  
**ETUDE DE CAS CLINIQUES**



### **III/ Troisième partie : étude de cas cliniques**

#### **1<sup>er</sup> cas clinique : Eric**

Patient de 48 ans rencontré à l'occasion d'une hospitalisation dans l'unité d'addictologie de l'hôpital **P'archet 2** où il avait été adressé par nos confrères du service d'hépatogastro-entérologie, pour consolidation d'un sevrage en alcool.

Ce patient a été choisi pour notre étude de cas car il présentait un faible score à la passation de *l'échelle d'estime de soi de Rosenberg*.

Suivi de mai 2012 à mai 2013.

#### **Eléments biographiques :**

Monsieur est né à Pau dans une fratrie de 2 garçons, son frère étant son aîné de deux ans.

Le père est ingénieur chez Total ce qui a engendré beaucoup de voyages pendant la jeunesse de Eric.

Ses parents divorcent quand il a 6 ans, il arrive à Nice à cette époque, y vit avec sa mère et sa grand mère maternelle, grand-mère qui a été très présente pour son éducation après ce divorce. Cette dernière décède en 1998, ce qui a énormément affecté Eric : pour lui c'est à cette époque qu'il commence à consommer de l'alcool.

Il fait beaucoup de voyages pour aller voir son père durant les vacances scolaires le plus souvent : 1<sup>er</sup> voyage vers 7-8 ans au Gabon puis en Angola, Afrique du sud, Sultanat d'Oman.

Son dernier voyage se fait au au Gabon où son père a décidé de le faire vivre pendant un an pour « le redresser » sur la discipline et l'école « Il m'a mis sur un chantier »: Eric avait alors 15 ans, il a très mal vécu cette décision et a fugué au bout de plusieurs mois. Il relate alors un épisode assez violent (qu'on pourrait qualifier d'équivalent suicidaire) pour provoquer son

père : « Avec mon demi-frère, nous nous sommes volontairement heurtés à une voiture (taxi togolais) pour être rapatriés ».

Scolarité : a obtenu un CAP mécanique.

Vie familiale :

Actuellement célibataire, il vit seul. Il a un fils (Julien) de 20 ans, Eric s'est séparé de la mère de l'enfant lorsque ce dernier avait un an, Eric voyait régulièrement son fils pendant les week-end et les vacances jusqu'à ses 13 ans, puis ils se sont peu à peu éloignés. Il dit qu'il n'était pas digne de voir son fils. Eric explique que c'est à cette époque que son propre père est décédé de maladie alcoolique et que Eric lui-même a accentué ses consommations alcooliques.

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

Profession :

Ne travaille plus depuis deux ans.

A essentiellement travaillé dans la vente (électroménager), ce qui lui pose question actuellement de par le manque de confiance en lui... en effet il souligne la nécessité de cette qualité dans cette branche.

Il perçoit l'AAH.

**Antécédents :**Toxiques :

Alcool : début à l'âge de 30 ans, essentiellement des alcools forts (une bouteille de whisky ou de vodka sur deux jours) et de la bière de temps en temps.

Cannabis : environ 5 joints par jour à l'époque où il entre dans le service.

Tabac : un paquet par jour, début à 17 ans.

Médico-chirurgicaux :

Accident de travail en 1984 : luxation bilatérale des épaules ayant engendré beaucoup d'interventions chirurgicales, et provoqué de fortes douleurs. Cet accident l'a rendu assez vulnérable sur le plan psychique. Eric en parle avec beaucoup d'affects.

Psychiatriques :

Plusieurs cures de sevrage en CHS.

**Evaluation de l'estime de soi à l'aide de l'Echelle de Rosenberg (voir annexes) :****Test Eric :**

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

=> 2 (plutôt en désaccord)

**2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités**

=> 2

**3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté**

=> 2

**4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens**

=> 3 (plutôt en accord)

**5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.**

⇒ 2 (plutôt en désaccord)

**6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.**

⇒ 2 (plutôt en désaccord)

**7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.**

⇒ 1 (tout à fait en désaccord)

**8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même**

⇒ 3 (plutôt en accord)

**9. Parfois je me sens vraiment inutile.**

⇒ 4 (tout à fait en accord)

**10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.**

⇒ 1 (tout à fait en désaccord)

Score : 21, ce qui correspond à une estime de soi « très faible »

**Clinique :**

A son entrée dans le service d'addictologie de l'archet II, en mai 2012, Eric a un contact particulier, qu'il n'aura d'ailleurs plus durant nos entretiens au CSAPA, il se montre assez maniéré, parfois manipulateur et légèrement hautain avec les équipes.

Il participera cependant à toutes les activités proposées (éducation thérapeutique, petit déjeuner thérapeutique, revue de presse, échange de savoir) et fera les 14 jours proposés pour remplir « le contrat » de cure classique en service d'addictologie.

Il ne présente pas d'anxiété mais une thymie assez basse avec aboulie.

Des troubles du sommeil importants sont rapportés.

Il se plaint de douleurs importantes au niveau des épaules, douleurs certainement exacerbées par le sevrage physique qu'il vient d'effectuer en service d'hépatogastro-entérologie.

**Ce patient interpelle l'équipe soignante car il semble présenter « un vernis de surface » (que l'on pourrait rapprocher du faux self décrit par Winnicott) comme pour se donner une consistance ; cependant il souffre d'un manque de confiance en lui très important et peut rapidement « s'effondrer » lors des entretiens psychothérapeutiques.**

Un traitement vitaminique est instauré ainsi que des hypnotiques et anxiolytiques, il ne souhaite pas prendre de traitement anti-dépresseur car il craint d'avoir des dysfonctions érectiles (dit en avoir eu par le passé sous seroplex selon lui).

Traitements pendant l'hospitalisation :

**Nicobion 500mg : 1 matin et soir**

**Spéciafoldine 5mg : 1 matin, midi et soir**

**Seresta 50mg : 1 matin et soir**

**Théralène 5mg : 4 cp au coucher**

**Inexium 40mg : 1 le soir** (pour traiter une œsophagite du tiers inférieur de l'œsophage découverte lors de l'endoscopie effectuée en service d'hépatogastro-entérologie.)

**Topalgic LP100 : 1 le soir** (antalgique proposé pour ses douleurs intenses des épaules)

Au terme des 14 jours d'hospitalisation, il ne présente aucun signe de manque physique ou psychique, un rendez-vous de suivi en CSAPA – Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie - est proposé.

**Fin mai 2012 :**

Il se présente à ma consultation une semaine après sa sortie, en disant qu'il s'est ré alcoolisé mais qu'il est assez satisfait car « ce n'est pas tous les jours » et que ce ne sont pas des alcools forts mais « seulement de la bière ».

Cependant il fume davantage de cannabis, le traitement par seresta ne lui fait pas d'effet. Un changement d'anxiolytique est proposé :

Xanax 0,50 : un comprimé matin, midi et soir.

La thymie est correcte, il est rassuré par ce suivi et tire un bilan positif de son séjour à l'Archet.

Sur le plan socioprofessionnel, il fait un certain nombre de démarches :

Il a pris rendez-vous au CPI (centre professionnel d'insertion) pour « reprendre confiance en lui » par rapport au travail. Il se rend régulièrement à la médiathèque municipale pour occuper ses journées.

Le contact reste particulier avec un certain maniérisme.

**Juillet 2012 :**

Le patient présente un visage fatigué et marqué à l'entrée dans le bureau ; IL me confie qu'il a « rechuté » : boit plusieurs bières dans la journée.

Il rapporte des problèmes sociaux qui l'affaiblissent sur le plan psychique (problèmes avec son loyer, n'a plus de voiture).

Il continue cependant son suivi professionnel et va faire un stage chez « Protector », société de contrôle et maintenance d'extincteurs.

Le sommeil reste perturbé avec des cauchemars et l'appétit est de moyenne qualité.

**Aout 2012 :**

Etat clinique nettement amélioré ce jour, cependant il dit se sentir mal à l'aise dans son meublé, il est en conflit avec le propriétaire et le quartier où il vit ne lui convient que très peu.

A des nouvelles de son fils, Julien, par sa propre mère (Julien parle davantage à sa grand-mère paternelle qu'à son père, ne souhaitant pas le voir à cause de « ses problèmes avec l'alcool »), il va passer un « bac pro bâtiment ».

Discutons ensemble du rapport bénéfice/risque pour la mise en place d'un traitement par baclofène devant les nombreuses rechutes de Monsieur. Il souhaite bénéficier de ce traitement.

Une faible dose est initiée après avoir éliminé les contre-indications (notamment des antécédents d'épilepsie) et une information claire est donnée au patient sur le fait que ce traitement est encore « à l'essai ».

Baclofène 10mg : un demi comprimé matin, midi et soir.

**Septembre 2012 :**

La tolérance au traitement par Baclofène est correcte : augmentation à 10mg fois 3 par jour.

La consommation de bières a diminué : 3 dans la journée.

Cependant il fume encore du cannabis régulièrement « quand j'ai du haschisch, je ne bois pas ».

Tendance à l'isolement marqué ces derniers temps. Il se montre aboulique.

Instauration d'un traitement anti dépresseur : Cymbalta 60mg par jour.

Il évoque l'AAH du fait de ses difficultés à se remettre au travail et des ses faibles revenus –il est toujours très mal à l'aise dans son meublé- .

Son dernier emploi date de deux ans.

**Octobre 2012 :**

L'isolement est de plus en plus important et la consommation de bières s'est accentuée, **il se dévalorise beaucoup, a « besoin d'aide », demande à rentrer de nouveau dans le service d'addictologie pour se sevrer de l'alcool et du cannabis.**

Parle de son fils : « il m'a rappelé, cela m'a fait beaucoup de bien ».

Il désire continuer à suivre le traitement par Baclofène : augmentation des doses à 20mg fois 3 par jour.

Instauration d'un traitement thymorégulateur devant les oscillations thymiques importantes qui sont aussi des **oscillations de son estime de soi.**

⇒ Aripipazole 10mg par jour.

**A l'admission dans le service en Octobre 2012**, il parle essentiellement de ses problèmes somatiques : comme nous l'avons vu, le sujet oscillant sur le plan narcissique, se « raccroche » souvent à son corps, espace de projection, image principal qu'il peut montrer.

Se plaint d'incontinence urinaire, un rendez vous avec un médecin urologue du CHU a été pris : prescription de Vesicare (solifénacine, traitement des incontinences urinaires par impériosités et ou pollakiurie) 10mg par jour.

Une échographie du foie est effectuée : *stéatose hépatique.*

Le sevrage se déroule parfaitement, Eric participe à toutes les activités et semble très rassuré par cette prise en charge, le traitement par Baclofène est augmenté à 60mg par jour. Il demande un départ en maison de convalescence pour consolider les soins effectués en addictologie.

Après un entretien avec l'assistante sociale de notre service, nous décidons de remplir un dossier de demande d'AAH.



Les consultations au CSAPA seront poursuivies à sa sortie du centre de convalescence.

### **Novembre 2012 :**

A pris rendez vous avec moi au CSAPA alors qu'il est toujours aux Lauriers Roses (centre de convalescence). « C'est pour le traitement ».

Dit s'y ennuyer « c'est lugubre », mais a tout de même conscience qu'il doit finir son séjour là-bas et que « c'est trop tôt » pour rentrer chez lui, « là-bas, il y a un **rythme** ».

### **Décembre 2012 :**

Eric est sorti des « Lauriers roses » et ne consomme que très peu d'alcool, il dit que c'est grâce au Baclofène, en ressent les effets.

Il fait des démarches pour trouver un nouveau logement, semble **avoir repris confiance en lui**. Il a fait une remise à niveau informatique avec Pôle emploi , est **satisfait de lui**, « **j'ai réussi à suivre** ».

### **Janvier 2013 :**

L'état clinique est stable et la consommation de bière a diminué : « une seule le soir ».

Sa mère lui a prêté une « petite voiture » ce qui semble le **renforcer narcissiquement**.

### **Février 2013 :**

Eric poursuit ses démarches de réinsertion professionnelles : rendez vous réguliers au CPI (centre professionnel d'insertion) avec aide à la rédaction d'un CV et bilan de compétence.

Devant une amélioration de l'état clinique, nous décidons ensemble d'espacer les rendez vous.

**Avril 2013 :**

La consommation d'alcool est quasiment nulle.

Il a repris contact avec son fils, en est très content.

Il me dit qu' « **il travaille sa confiance en lui** » avec le CPI.

Ses troubles mictionnels sont toujours présents, une intervention pour traitement d'un hydrocèle est prévu avec son urologue.

**Mai 2013 :**

Eric ne boit plus du tout d'alcool, la thymie est stable.

Il poursuit ses démarches de recherche d'emploi tout en manquant toujours un peu de confiance de lui.

*Nous avons pu noter les failles narcissiques évidentes que présentent Eric, failles qui se sont peut être constituées sur des troubles de l'attachement (divorce des parents, problèmes relationnels avec son père). Eric a pu également montrer une partie de sa personnalité non authentique, que nous avons rapprochée du « faux-self » de Winnicott.*

*Au niveau de ses conduites addictives, après le sevrage effectué en mai 2012, on ne note qu'une seule rechute en octobre 2012, les entretiens au CSAPA ont été réguliers et Eric a semblé se « renarcissiser » tout au long de cette prise en charge : prises d'initiatives auprès de son fils, démarches effectuées au niveau de sa réinsertion socioprofessionnelle, acquisition d'une confiance en lui plus solide avec la reprise de la conduite automobile.*

## 2<sup>ème</sup> cas clinique : Gaël

Patient de 22ans accompagné par sa grand-mère au CSAPA Malausséna pour prise en charge d'une addiction aux jeux vidéo.

Suivi tous les 15 jours à 3 semaines de mai 2012 à avril 2013.

La grand-mère maternelle se présente seule au premier rendez-vous, elle a en effet émis ce souhait pour me faire part de son inquiétude quant à son petit fils, qu'elle héberge.

Elle le décrit comme un « enfant gentil et brillant mais addict aux jeux vidéo depuis environ un an, il a dépensé 4000 euros dans les cyber cafés et les jeux, argent que je lui donne tous les mois »

### Eléments biographiques :

Gaël est né à Abidjan de parents français, son enfance est ainsi marquée par de nombreux voyages de par le travail de son père :

- à l'âge de deux ans il quitte la côte d'ivoire pour les Etats-Unis, la famille s'installe à Washington, la nounou qu'il avait à Abidjan les suit ;
- à sept ans, partent sur l'île Maurice, les parents divorcent à cette époque
- à neuf ans, ils reviennent en France (Paris)
- Lorsque Gaël à douze ans ils partent pour les îles Fidji
- A 16 ans, ils rentrent à Paris

Sa mère vit en Afrique et n'a jamais trop cherché à voir son fils après le divorce. La grand-mère de Gaël me décrit sa fille comme « une femme davantage qu'une mère »

Son père est remarié avec une femme chinoise qui a une fille du même âge que Gaël et avec qui il s'entend bien.

Fratric : un demi-frère (40 ans) et une demi-sœur (42 ans) d'une première union du père.

Scolarité :

Gaël a toujours été brillant, durant toutes ces années de déménagements et de vie à l'étranger, il a fréquenté des établissements scolaires internationaux, il obtient son bac international à 17 ans.

Il s'inscrit dans une école de commerce à Nice (IPAG), où il est hébergé par sa grand mère maternelle qui s'est beaucoup occupé de lui à partir de cette période ;

En 3<sup>ème</sup> année, il part au Canada dans le cadre des études et commence à décliner et jouer aux jeux vidéo.

Revient en France à la fin de l'année scolaire et s'inscrit en 4<sup>ème</sup> année de cette même école à Paris, mais n'y va jamais...

=>perte des contacts sociaux à cette époque, épisode dépressif en décembre 2011

N'a pas consulté...

Au retour du Canada (printemps 2011) , il s'est rendu compte que ses cours ne l'intéressaient plus, que le commerce n'était pas « sa branche ».

**Evaluation de l'estime de soi à l'aide de l' Echelle de Rosenberg (voir annexe) :**

**Test Gaël :**

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

=> 2 (plutôt en désaccord)

**2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités**

=&gt; 2 (plutôt en désaccord)

**3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté**

=&gt; 2

**4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens**

=&gt; 2

**5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.**

⇒ 3 (plutôt en accord)

**6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.**

⇒ 3

**7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.**

=&gt; 3.

Gaël dit « Ca dépend sur quel point : par exemple, pour le travail, très moyen » « cependant je sens que je suis davantage moi-même qu'avant, mais je n'arrive pas à le montrer aux autres. Je suis content d'avoir mon indépendance mais j'ai du mal avec les contraintes de cette indépendance. »

Nous retrouvons la problématique de la construction de soi en lien avec l'estime de soi et l'affirmation de soi.

**8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même**

=&gt; 4 (tout à fait en accord)

Gaël commente : « là-dessus je suis un peu énervé, les autres ne m'ont pas respecté, mon père par exemple n'a jamais accepté que je sois différent de lui, ou que je puisse être Moi-même »

Encore une fois nous faisons face à l'affirmation de soi

**9. Parfois je me sens vraiment inutile.**

=> 4 (tout à fait en accord)

**10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.**

=> 2 (plutôt en désaccord)

Score : 24, ce qui correspond à une estime de soi « très faible »

**Clinique : entretiens de mai 2012 à avril 2013 :**

Premier entretien : mai 2012

Gaël a une présentation soignée et un contact d'assez bonne qualité, il a facilement accédé au souhait de sa grand-mère pour venir me parler.

Il ne présente pas d'anxiété mais est légèrement ralenti sur le plan psycho moteur et la thymie est assez basse.

Au niveau des jeux vidéo, ceux qui l'intéressent sont les **MMORPG : Massively Multiplayer Online Role Playing Games** (comme nous l'avons vu, ce sont des jeux en ligne où le sujet acquiert en notoriété au sein d'autres joueurs en réseau sur internet), il dit avoir arrêté depuis 15 jours.

Il évoque en premier lieu ses études et son désintérêt pour le commerce, le fait d'avoir voulu continuer tout de même jusqu'à la 4<sup>ème</sup> année pour « faire plaisir » à son père.

*Nous voyons d'ors et déjà combien le regard de l'Autre compte pour Gaël, notamment celui de son père.*

*On pourrait se demander si l'échec systématique sur le plan universitaire n'est pas une révolte inconsciente envers son père pour Gaël.*

« Je me suis toujours senti contrôlé par mon père » parle d'un « manque de liberté » et du peu d'affects que son père a réussi à manifester durant l'enfance de Gaël, ce père étant davantage préoccupé par la réussite.

Il dit *que sa famille est très préoccupée par « l'image »,* qu'ils ont toujours vécu parmi des gens de haut niveau socioprofessionnel.

Gaël a le sentiment d'être jugé.

« Quand je reste seul, je me sens davantage moi-même ».

Dit qu'il voulait être vétérinaire auparavant.

« J'ai beaucoup de mal à savoir ce qui me plaît, je suis trop influençable ».

« Dans les jeux, j'arrive à m'affirmer, j'arrive à avancer ».

*L'idéal du Moi de Gaël ne se trouverait il pas du côté de son « avatar » dans le jeu-vidéo ?*

**Fin de ce premier entretien :**

**Prescription d'un antidépresseur ISRS (séroplex 10mg/j) devant l'hypothèse clinique d'un épisode dépressif majeur (selon la CIM 10 et le DSMIV).**

Le mois suivant (juin 2012), Gaël évoque la pauvreté de son entourage social et amical : parle d'un seul ami, Maxence qui a beaucoup compté pour lui notamment dans sa façon de voir la vie, les liens à autrui ; en effet, Gaël rencontre des difficultés dans ses rapports avec ses pairs.

« Quand je reste trop avec les autres, j'ai l'impression de perdre ma personnalité »

Qu'a t il peur de perdre réellement ? ? ?

Au niveau scolaire, il s'est finalement décidé à s'inscrire de nouveau à l'IPAG, faire sa 4ème année et finir le cursus ; sa grand-mère fait des démarches pour lui trouver un appartement dans une cité universitaire.

Gaël occupe ses journées avec des heures de conduites, il va à l'auto-école sans trop de conviction, donne l'impression de se laisser « porter », manque d'élan vital.

En outre, il a recommencé les jeux en ligne...

Proposition de le voir 15 jours après, Gaël accepte.

Fin juin 2012 :

« J'ai un meilleur état d'esprit, mais j'ai l'impression de ne plus être moi »

(Perte du symptôme protecteur sous antidépresseur ? ? ?)

Plusieurs signifiants reviennent souvent dans les entretiens, notamment « intégrité » et « liberté ».

La peur de « perdre sa personnalité » reviendra également dans son discours notamment dans ses difficultés de lien à l'Autre.

La semaine suivante, Gaël est accompagné de sa grand mère, elle me dit devant lui, qu'il ne va pas aux cours de conduite, qu'il lui ment, madame est en pleurs.

Lorsqu'elle sort du bureau, Gaël confirme qu'il a en effet menti à sa grand mère, qu'il s'isole de plus en plus ; en outre, il présente une certaine aboulie.

=> Modification du traitement : changement d'ISRS (zoloft 50mg/j)

Début juillet 2012 :

Gaël a une bonne tolérance au traitement.



Il me dit qu'il va partir une grande partie de l'été chez son père en Ardèche, ce qui ne l'enchantait pas tellement...

Je le reçois alors avec son père, ce qui semble satisfaire Gaël ; en effet, devant lui il arrivera à dire qu'il craint ce séjour et le fait « d'avoir son père sans cesse sur lui ».

Gaël ira jusqu'à dire, en sa présence : « il est très difficile à vivre, il veut tout maîtriser tout contrôler, il est insupportable ».

Le père ne relève pas trop et semble reconnaître qu'il est ainsi et que cela ne changera pas....

⇒ cette phrase sera reprise dans un entretien avec la grand-mère, venue me voir une semaine après pour me remercier de cet entretien « père/fils » car, dit-elle, cela a soulagé son petit fils d'exprimer devant son père les difficultés relationnelles qu'ils rencontrent : « lorsque nous sommes sortis du centre de consultation, mon petit-fils m'a confié : tu ne peux pas savoir à quel point cela m'a fait du bien de dire ça à papa devant la psy ».

(Elle m'offre un livre à la fin de l'entretien....)

⇒ proposition d'entretiens téléphoniques depuis l'Ardèche, une fois tous les 15 jours s'il en éprouve le besoin. Gaël accepte et appellera ainsi deux fois durant l'été. Pas de plainte particulière, arrive à s'occuper avec ses cousins.

Fin Août, il me rappelle pour me dire qu'il part une semaine à Djerba, seul, en est assez content, et qu'il reprendra rendez-vous à son retour.

Septembre 2012 :

Gaël a finalement repris les cours à l'IPAG, comme il l'envisageait. Cependant dès les premiers jours après la rentrée scolaire, il s'isole de nouveau pour jouer et ne va plus en cours.

Il continue de dire qu'il « veut sa 4<sup>ème</sup> année », mais rencontre quelques difficultés qui le freinent assez vite : il dit avoir des problèmes de « constitution de groupes » pour un projet de travail commercial : « ils ont fait les groupes sans me compter parmi eux, du coup il va falloir que je cherche un groupe qui veuille bien m'accepter en surnombre ».

*L'affirmation de soi semble difficile pour Gaël.*

Réassurance pendant cet entretien, Gaël semble partir plus optimiste.

Lors de l'entretien suivant, il dit qu'il a finalement trouvé une solution avec un groupe de travail, semble apaisé mais envisage d'ors et déjà l'avenir en me faisant part de la deuxième partie de l'année scolaire : « il va falloir que je trouve un stage en février 2013 ». Il semble effrayé à cette idée.

#### Octobre 2012 :

L'état clinique est stable : il va régulièrement en cours, a l'impression d'être davantage concentré, davantage « présent » dit-il.

Les rapports avec ses pairs sont de moyenne qualité, il ne s'intéresse que très peu aux autres étudiants : « c'est pour me protéger je pense, j'ai peur de trop m'attacher, j'ai peur de perdre ma personnalité ». *A noter : c'est la deuxième fois qu'il dit cette phrase depuis qu'il consulte.*

#### Novembre 2012 :

Gaël a peur d'aller en cours.... Il dit que c'est un « mélange de peur et d'ennui ».

*Il confie qu'il manque énormément de confiance en lui.*

Il revient sur ses jeux vidéo en évoquant le fait qu'ils lui procurent « des sensations fortes et immédiates » => *on retrouve ainsi le modèle de la recherche des sensations de Zuckerman, décrit dans la partie II « addictions ».*

Décembre 2012 :

Gaël ne va plus en cours que de manière très irrégulière, il ne se sent pas « motivé ».

Il présente une aboulie ; il veut arrêter l'IPAG ; son père a eu des mots difficiles envers lui, il ne veut pas « le prendre pour les vacances de Noël ».

Devant la symptomatologie dépressive franche=> augmentation de l'antidépresseur ISRS (zoloft=> 75mg).

Janvier 2013 :

Evoquons la **sphère des affects** : Gaël dit qu'il a toujours réfréné ses émotions, qu'il a toujours été « plus ou moins associable », par manque de confiance en l'Autre, il ressent une très faible estime de lui. « J'ai du mal avec les sentiments, ça m'agace un peu car c'est souvent hypocrite ».

Il se décrit méfiant : « seul Maxence (un ami proche) a fait sortir ma partie émotionnelle » ; « Son côté direct me plaisait, il réussissait à me faire parler alors qu'avant je ne parlais que de mon père et de nos voyages » ; « Il m'a fait devenir plus sociable »

Pendant son enfance, Gaël était entouré d'amis seulement jusqu'à la période où il arrive à Fidji : là-bas, il se sentait rejeté, insulté, se souvient d'un fait qui semble être pour lui une forte blessure narcissique : « les autres m'appelaient *Fishlips (lèvres de poisson)* ».

Ses meilleurs souvenirs sont ceux de la période où il était à Washington (à noter : ses parents n'étaient pas encore séparés) : il me parle d'un souvenir en particulier où il fait des boules de neige dans le jardin de sa maison.

« C'est la seule période (Washington) dont je me souviens parfaitement dans l'enfance, surtout le jour où on est parti de Washington »

Il semble cependant assez émoussé en racontant tout cela ; devant le repli important et une légère dissociation idéo-affective ( ? ? ? ) introduction d'un antipsychotique à très faible dose : Aripiprazole 5mg ( après avoir fait un ECG et éliminé toute contre-indication) et maintien de l'antidépresseur.

#### Février 2013 :

Gaël tolère assez bien le traitement, pas d'effets indésirables si ce n'est une légère sédation.

Gaël a complètement arrêté son école de commerce !

Il fait des recherches d'emploi.

#### Mars 2013 :

Le patient est reçu avec sa grand-mère :

Madame est en larmes : la thymie de son petit fils est basse, l'apathie et l'aboulie sont au premier plan. « Il a les volets fermés, il ne voit plus personne », Gaël écoute et semble émoussé sur le plan affectif, il ne laisse transparaître aucune sensation ni émotion.

Nous reprenons ensemble le discours de sa grand-mère (qui est sortie du bureau) : le contact avec autrui le gêne énormément ces derniers temps : « je préfère les relations par sms, je suis plus à l'aise ».

#### Avril 2013 :

Repli au domicile important.

Gaël est en demande de soins, il aimerait être admis dans le service d'addictologie de l'archet II. Devant la symptomatologie dépressive (bien qu'atypique) et le maintien de l'addiction aux jeux vidéos, l'hospitalisation est en effet indiquée.

« j'ai beaucoup les jeux en tête, j'ai vu une vidéo récemment où l'on expliquait comment devenir de plus en plus stratège pour avancer ». (cf référence bibliographique [50])

Gaël se rend compte des dangers de cette addiction.

Nous mettons en place le projet d'hospitalisation avec l'assistante sociale et la psychologue du CSAPA.

### **Commentaire sur le cas de Gaël :**

Ce jeune homme semble chercher à construire son identité, il n'a pas fait de réelle crise d'adolescence, il n'a jamais osé se rebeller face au père, son « trop grand surmoi » ne lui permettant pas.

On pourrait imaginer qu'il se rebelle ainsi par le biais des jeux vidéo (la plupart sont assez violents).

Ce qui lui donne de manière illusoire le sentiment de régler quelque chose avec ce père tout puissant, réalisant une « crise d'ado » dans le monde virtuel et non dans la réalité. Les jeux lui offrant ainsi la possibilité de s'affirmer et d'éviter la crise conflictuelle avec le père.

N'assiste-t-on pas à la résolution du conflit œdipien à travers les jeux ?

Les jeux deviennent ici « l'objet transitoire » décrit par Joyce Mc Dougall (voir partie théorique). Avec cet objet transitoire et non transitionnel, il règle transitoirement les conflits avec le père, ce qui fait qu'il y revient sans cesse (comme avec tout objet d'addiction), jouant ainsi de manière de plus en plus compulsive.

De plus, les jeux lui permettent de se « renarcissiser », en effet Gaël a subi **des carences affectives importantes et des attachements insécures** de par l'absence de sa mère et des nombreux déménagements.

En effet, dans ces jeux (les **MMORGP : Massively Multiplayer Online Role Playing Games**, voir description dans partie théorique), le sujet acquiert en « niveau d'expérience », il obtient ainsi la reconnaissance et l'admiration des autres joueurs en ligne, devenant même parfois « le leader ». Gaël ferait ainsi « son plein narcissique »

Pour ce qui concerne ses études, plusieurs questions se posent :

Est- ce pour éviter la rivalité avec le père, qui, lui, a réussi une carrière très brillante dans le monde des affaires (et donc du commerce, qu'étudiait jusqu'alors Gaël à l'IPAG) ??

Le père ne resterait-il pas, ainsi, celui qui réussit, qui est indispensable (financièrement) à son fils et qui en reste responsable (Gaël donnant ainsi à son père une jeunesse prolongée)

### **3<sup>ème</sup> cas clinique : Agnès**

Agnès, âgée de 39 ans, vient se présenter à moi pour la première fois au Csapa Malaussena en août 2012. Elle souhaite effectuer un sevrage en alcool dans le service d'addictologie de l'archet 2. (Elle vient de sortir du CHS où elle a été hospitalisée pendant 2 mois suite à une TS).

Je la suivrai régulièrement en consultation d'aout 2012 à avril 2013.

#### **Eléments biographiques :**

Elle est née à Nice dans une fratrie de deux enfants, elle a passé son enfance et son adolescence à Antibes, elle y vivait avec son père et son frère (Antoine ,42 ans aujourd'hui), les enfants avaient une belle-mère, mais elle n'a pas vécu avec eux car « Antoine n'avait pas de bon rapport avec elle et n'a jamais voulu qu'elle habite avec nous »

En effet ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait 4ans, Agnès dira d'ailleurs au premier entretien « Ma mère m'a abandonnée, elle est réapparue dans ma vie il y a seulement 3 mois ». Elle souffre de carences affectives majeures.

*On retrouve la classique carence affective avec cette mère absente, peu de femme autour d'elle ont pu jouer le rôle de substitut maternelle, on assiste donc à un manque identificatoire.*

Scolarité : Agnès a obtenu un CAP coiffure au lycée Jacques Dole à Antibes.

Profession : Co-gérante d'un salon de coiffure, qu'elle est en train de vendre : beaucoup de conflits avec son associé.

Vie familiale : Célibataire sans enfant, elle vit seule dans un 2 pièces à Nice.

Elle relate une relation sentimentale qui a beaucoup compté pour elle. Agnès est restée 6 ans en couple avec un Anglais : rupture il y a 3 ans.

Ce dernier lui promettait « mariage, bébé, famille etc. », Agnès a beaucoup investi dans cette relation tant sur le plan affectif que financier : ils avaient acheté un appartement ensemble quelques mois avant de se séparer.

Selon Agnès, il a rompu car elle « avait trop de caractère », « il me reprochait de trop travailler » (à cette époque, elle pouvait rester au salon jusqu'à 70h par semaine !). De plus, elle désirait avoir des enfants, lui n'en voulait pas.

« C'est lui qui m'a conduit vers l'alcool, il buvait beaucoup, c'est avec lui que j'ai commencé ».

Cette rupture a provoqué un sentiment de colère qui a persisté malgré le temps ( 3 ans en arrière), et semble avoir engendré un sentiment de **rage narcissique**.

#### **Antécédents médico-chirurgicaux :**

Rhinoplastie suite à une fracture quand elle était enfant.

#### **Antécédents psychiatriques :**

Plusieurs hospitalisations en établissements psychiatriques (cliniques, CHS, CAP) pour tentatives de suicides (10 TS selon Mme) par IMV et intoxication alcoolique. Ces hospitalisations sont toutes postérieures à la rupture d'il y a 3 ans.

Récurrence des syndromes dépressifs ces dernières années : « on m'a posé le diagnostic de trouble bipolaire, mais je n'y crois pas »

Recherche d'antécédent d'accès maniaques : Agnès décrit des périodes où elle a pu présenter une hyperactivité importante : épisodes qui semblent être davantage hypomaniaques que maniaques purs.



**Toxiques :**

Alcool : début à 32 ans, elle boit surtout de la bière à raison de 3 canettes de 50 cl par jour au moment de la consultation initiale.

Cannabis : en fumait beaucoup quand elle était plus jeune (début à 18 ans), dit ne fumer plus qu'un joint par jour.

Tabac : ½ paquet par jour.

**Traitements en cours :**

Dépakote 500mg : 2 cp par jour.

Norset 15mg : 2cp le soir.

Seresta 50mg : un cp matin, midi et soir.

Havlane : 1 cp au coucher si insomnie.

**Evaluation de l'estime de soi à l'aide de l'Echelle de Rosenberg (voir annexes) :****Test Agnès :**

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

=> 4 (tout à fait en accord)

**2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités**

=> 4 (tout à fait en accord)

**3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté**

=> 3 (plutôt en accord)

Agnès dit « surtout par rapport à avant ».

**4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens**

=> 3 (plutôt en accord)

**5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.**

=&gt;4 (tout à fait en accord)

**6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.**

⇒ 3 (plutôt en accord)

**7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.**

⇒ =&gt; 3 (plutôt en accord)

*Agnès : « Sauf quand j'ai consommé de l'alcool et du shit ».***8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même**

=&gt; 4 (tout à fait en accord)

**9. Parfois je me sens vraiment inutile.**

=&gt; 4 (tout à fait en accord)

**10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.**

=&gt; 1 (tout à fait en désaccord)

*Agnès : « Non, parce que je vais y arriver »*

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

**Clinique :****Septembre 2012**

Agnès est alors admise dans le service d'addictologie du CHU l'Archet rapidement après notre entretien au CSAPA.

Dans le service, elle se présente telle « une petite fille », pleure sans cesse les 48 premières heures, a besoin d'être rassurée, Agnès est en quête affective avec le personnel soignant et les autres patients.

On note une labilité émotionnelle importante les premiers jours.

Elle consomme alors du cannabis au sein du service, fait rapporté par l'équipe soignante ; transgression du règlement qu'elle niera en entretien.

Elle honore « le contrat des 14 jours de cure » proposé à chaque patient et sort avec un suivi au CSAPA où je la reçois tous les mois jusqu'en avril 2013.

### **Octobre 2012 :**

Agnès se présente souriante à la consultation, dit qu'elle n'a pas consommé d'alcool depuis sa sortie mais admet avoir fumé du cannabis.

### **Novembre 2012 :**

Elle dit boire environ 50cl de bière un jour sur deux, et lorsqu'elle ne boit pas, elle « compense avec le shit ». La thymie est neutre mais le discours est légèrement plaqué.

### **Décembre 2012 :**

Son salon de coiffure est enfin en vente, « elle attend que ce soit fait » pour faire une demande de prise en charge en établissement de postcure alcool : elle souhaite un lieu où « l'on est proche des animaux ».

Légère anxiété notée pendant l'entretien, thymie neutre.

### **Janvier 2013 :**

Maintien de l'état clinique et des quantités de consommation d'alcool.

Agnès ébauche un travail d'introspection : « je crois avoir compris pourquoi j'ai touché le fond, ma mère a toujours été absente, je compensais avec des chéris, sauf que ces 3 dernières années j'étais célibataire »

*On peut voir là une dépendance affective qui venait remplacer la dépendance alcoolique – dont elle souffrait déjà avant sa période de célibat - ce qu'elle ne dit pas.*

**Février 2013 :**

Après une agression avec vols de sac à main (et des ecchymoses sur le visage), Agnès se présente à ma consultation en m'expliquant qu'elle a absorbé une plaquette d'anxiolytique et s'est de nouveau alcoolisée massivement – cet épisode l'a conduite aux urgences du CHU de Nice où elle a été observée pendant 48h.

Agnès présente une immaturité affective lorsqu'elle relate cet épisode en mettant en avant : « Mon père est fâché contre moi », et n'élaborant pas sur son geste autodestructeur.

**Mars 2013 :**

Agnès se sent mieux, elle se confie davantage et pense que sa mauvaise estime de soi vient du fait qu'elle a beaucoup perdu depuis sa jeunesse.

« Mon père n'a plus confiance en moi ».

*Ce père était celui qui l'a mettait sur un piédestal étant jeune fille.*

**Avril 2013 :**

Agnès a repris confiance en elle.

« Je veux prouver à mon père que je suis à zéro alcool »

*Agnès semble vouloir retrouver la confiance et l'admiration de son père afin d'être renarcissisée.*

Elle accepte de commencer un travail psychothérapique avec la psychologue du CSAPA.

#### **4<sup>ème</sup> cas clinique : Diana**

Patiente de 45ans adressée par son médecin généraliste au CSAPA Malausséna pour prise en charge d'une addiction à la cocaïne et d'un épisode dépressif majeur.

Suivie de novembre 2012 à mars 2013, je la reçois tous les 15 jours à trois semaines.

#### **Eléments biographiques :**

Diana est née à Dakar d'un père allemand et guinéen, ancien ophtalmologiste, âgé de 93ans et d'une mère libanaise et capverdienne, âgée de 78 ans

Elle grandit au Sénégal jusqu'à ses 16ans ; son enfance est ponctuée de quelques voyages en Allemagne pour visiter sa grand mère paternelle. Cette grand-mère tient une place très importante dans la vie de Diana, elle meurt en 1996 à la même époque que sa grand mère maternelle.

Fratric de 11 enfants : 7 demi- frères (dont un d'une première union de la mère et les 6 autres du père), deux demi-sœurs (issues d'une première union coté maternelle), et un frère.

Les demi-frères exercent tous des professions paramédicales.

Son frère, est médecin biologiste à Reims.

Selon Diana, ces derniers souffrent tous de conduites addictives au cannabis ou à l'alcool.

**Scolarité/Etudes :** elle obtient son baccalauréat dans un lycée français à Dakar et arrive à paris à l'âge de 16ans pour entreprendre des études de médecine, elle ne fera que la première année puis s'orientera dans la communication (obtention d'une Maîtrise).

A 43 ans, elle reprend les études et obtient un diplôme « banque/finance », en est sortie « major » : Diana le précise car c'est important pour elle, elle a toujours été très exigeante vis-

à-vis d'elle-même, de même qu'il y a toujours eu un niveau d'exigences socioprofessionnelles très important dans sa famille.

**Profession** : a travaillé au crédit agricole, est actuellement chargée de clientèle et responsable de communication dans une Start-up spécialisée dans le travail pour personnes handicapées. (AKTISEA)

**Famille** : Diana a deux filles, âgées de 15 et 10 ans, divorcée depuis 2004, c'est le père qui en a la garde, ils vivent tous trois à Paris, Mme ne les voit que pendant les vacances scolaires. Diana s'installe alors à Nice en 2003 (date de la séparation) pour y rejoindre ses parents.

**Antécédents psychiatriques:**

Début des EDM à l'âge de 16 ans selon Mme.

Plusieurs (5 dans ses souvenirs) hospitalisations surtout dans des cliniques privées et un séjour au pavillon M, CHU de Nice en soins libres, toutes entre 2004 et 2007, pour syndrome dépressif et addiction aux benzodiazépines.

Je me pose alors la question d'une éventuelle bipolarité comme diagnostic différentiel (réurrence des EDM selon la CIM10 et le DSM)

**Antécédents médico-chirurgicaux :**

Hypothyroïdie traitée par Lévothyrox 75mg/j (à contrôler pour éliminer un autre diagnostic différentiel : dosage de la TSH prescrit)

Diabète non insulino-dépendant traité par Stagid 700mg fois 2/j

G2P2, dit être actuellement en pré ménopause

**Toxiques :**

Diana me dit qu'elle a souffert d'addiction aux benzodiazépines par le passé mais que ceci est plus ou moins enrayé.

Cocaïne : début de consommation en juin 2011, de façon quotidienne et à la quantité d'un gramme par jour, lorsqu'elle vient me voir à arrêter depuis 15 jours.

« Quand j'ai rencontré la cocaïne, j'ai rencontré ce qu'il me manquait, je n'étais plus timide, j'étais affûtée, performante »

« j'ai toujours eu une très mauvaise estime de moi »

« il faut que je sois la plus belle pour mon père et la plus intelligente pour ma mère »

Alcool : jamais

Tabac : un paquet par jour

Cannabis : à l'occasion

Appétence pour les médicaments importante.

**Ses traitements en cours** sont : Abilify 10mg/jour , cymbalta 60mg/jour et alprazolam 0.25mg 3 fois/jours

Elle terminera notre premier entretien en disant : « je suis une personnalité addictive »

**Evaluation de l'estime de soi à l'aide de l'Echelle de Rosenberg (voir annexe) :**

**Test Diana :**

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

=> 3 (plutôt en accord)

**2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités**

=> 3

**8. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté**

=> 4 (tout à fait en désaccord)

**9. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens**

=> 2 (plutôt en désaccord)

**10. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.**

⇒ 3 (plutôt en accord)

**11. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.**

⇒ 1 (tout à fait en désaccord)

**12. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.**

=> 1

**8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même**

=> 4 (tout à fait en accord)



**9. Parfois je me sens vraiment inutile.**

=&gt; 2 (plutôt en désaccord)

**10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.**

=&gt; 3 (plutôt en accord)

Score : 19, ce qui correspond à une estime de soi « très faible »

**Clinique :**Novembre 2012:

Présentation très soignée, regard empreint d'anxiété, Diana manque d'assurance lorsqu'elle s'exprime mais a un bon contact, accès au sourire.

Thymie assez basse, anhédonique depuis plusieurs jours avec aboulie.

Présence de troubles du sommeil importants.

Ce tableau s'estompera progressivement jusqu'à disparaître fin décembre 2012, où elle présente une euthymie, cependant Mme a toujours la cocaïne à l'esprit : « j'y pense tous les jours, j'ai craqué une fois car je voulais une « bonne journée de bien être »

Dit être en « recherche de speed », détourne alors l'usage d'un traitement contenant du paracétamol de la vitamine C et de la caféine en le sniffant 2 à 3 fois par semaine.

Elle se plaint par ailleurs de reflux gastro-oesophagien, qui pourrait d'ailleurs être expliqué par ses conduites de mésusages (Diana m'expose ce reflux sans faire ce lien, dit qu'elle en a toujours souffert...et me demande un traitement gastrique de confort, anti-acide)

Quelques entretiens plus tard, courant janvier 2013 la patiente dit avoir « replongé »  
« Je me sentais fatiguée physiquement, alors c'est pour tenir au boulot que j'ai repris de la cocaïne ».

Février 2013: évoquons sa famille:

« ma mère m'a toujours dévalorisée, elle m'a dit quand je suis née que je serai sa seule rivale » (a noter que Diana est la seule fille de Monsieur, ce dernier n'ayant eu que des fils de ses unions précédentes)

Pour ce qui est de ses origines, Diana dit qu'elle se sent avant tout française mais qu'au niveau « des tripes elle est africaine »

Elle évoque alors les prénoms de ses parents en souriant: Joseph et Marie

Au niveau sentimental, elle dit « je m'épanouis dans le célibat »

« Cependant j'aime avoir des amis, les **aider, mes parents m'appellent soeur Emmanuelle,** mais la solitude me plaît quand même beaucoup »

Elle dit s'épanouir énormément dans son travail car elle s'y sent utile.

Mars 2013 :

La thymie est neutre.

Au niveau de ses consommations de toxiques, elle dit : « je viens d'apprendre que mon dealer me donnait des cachets et non de la cocaïne, mais l'effet placebo fonctionnait... »

Elle passe beaucoup de temps à s'occuper de ses parents (ménage, course, réunion de copropriétaires).

Encore une fois, le besoin de se sentir utile et valorisée est très présent.

« Ma mère est restée une grande enfant ».

« Je sers un peu de tampon entre mes deux parents, cela les arrange comme cela m'arrange à moi ».

Diana me demande une prescription de Modiodal pour « pallier à la cocaïne », je lui explique que cette prescription n'est pas adaptée dans son cas : il s'agirait ainsi de remplacer un stimulant par un autre (le Modiodal étant un dérivé amphétaminique) et que la conduite addictive serait ainsi maintenu.

De plus, il n'existe pas d'effet de sevrage à la cocaïne comme nous l'avons vu plus haut.

### **Analyse du cas :**

Au niveau de la dynamique familiale, ce qui retient mon attention, c'est que Mme D. ne parle que de ses parents et peu de ses enfants.

Elle reste la petite fille et non la mère.

Quelques éléments de son discours sont à reprendre :

« J'ai rencontré ce qu'il me manquait » quand elle parle de la cocaïne.

⇒ on se retrouve totalement dans la problématique de la béance narcissique...

« La plus belle pour mon père et la plus intelligente pour ma mère »

⇒ elle l'est au prix de la cocaïne... la cocaïne lui permettrait ainsi de rentrer dans le désir de ses parents ?

- ⇒ la cocaïne vient combler le manque, satisfaire les exigences œdipiennes, non résolues (elle vit encore chez ses parents alors qu'elle perçoit un salaire)
- ⇒ La fonction du produit n'est elle pas ici le maintien d'une immaturité affective,

La patiente décrit ses deux parents comme des personnes belles physiquement et très intelligentes :

- =>En faisant « la petite fille » ne cherche-t-elle pas à leur faire cadeau d'une jeunesse éternelle ? Et ce, en se sacrifiant au prix de l'addiction ?
- =>peut-être n'a-t-elle pas fait le deuil des imagos parentaux ?

**QUATRIEME PARTIE :**  
**LIENS ENTRE TROUBLES DE**  
**L'ESTIME DE SOI ET CONDUITES**  
**ADDICTIVES**

## **IV/ Quatrième partie : liens entre troubles de l'estime de soi et conduites addictives**

### **IV/1. Introduction**

Comme nous l'avons vu dans notre première partie, l'estime de soi correspond au sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, la considération et le respect qu'il se porte et le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur en tant que personne (Rosenberg 1965). L'estime de soi est généralement considérée comme la composante évaluative du concept de soi.

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

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

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

La pratique, le plus souvent solitaire, de la conduite addictive évite la relation à l'autre par un effacement du Moi et du surmoi, comme de l'objet : ce qui permet au sujet de rendre possible l'expérience de la position de **l'omnipotence**. Brusset parle d'une « indifférenciation » [11], qui serait à l'origine d'un **Moi idéal**.

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

Ce décalage entre le sujet et la perception de lui-même peut nous orienter ainsi :

=> Ce dont il est dépendant, c'est de ce qui lui permet de correspondre à une forme « aliénante » de lui-même, une **forme idéalisée**, enviée, attendue par l'Autre ou par lui-même. La rencontre avec le produit a un effet d'*insight*, de disparition de la partie insupportable, *d'apparition d'une correspondance à ce que le sujet voudrait être* [69].

**La béance narcissique apparaît comme support de toutes les identifications.**

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

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

Sylvie le Poulichet nous dit : « La narcose semble régler une homéostasie et engendrer une formation narcissique » [59]. On peut voir ici combien « la stabilité et la solidité de l'estime de soi » évoqué dans notre première partie prend toute son importance avec le manque « d'homéostasie » chez le sujet addict.

Après avoir repris rapidement la notion « d'objet » en terme psychopathologique – objet qui devient si précieux pour la personne dépendante - nous allons voir comment les théories étudiées dans la partie « Narcissisme et estime de soi » peuvent nous éclairer pour comprendre certains troubles addictifs.

#### **IV/2. Narcissisme, addiction et relation d'objet**

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

##### **Que signifie la notion d' « objet » en psychopathologie ?**

- c'est par l' « objet » que l'activité pulsionnelle tend à la satisfaction.

- c'est ce qui désigne, ce qui constitue en soi une attirance ou une répulsion (objet d'amour/ de haine), cela concerne aussi bien la personne totale qu'un idéal, une entité.
- objet « externe » en la personne de l'Autre
- objet « interne » : résultat de l'introjection des expériences relationnelles à l'objet et des représentations qu'elles induisent [64].

### IV/3. Winnicott

L'attrait pour la drogue serait, si on s'appuie sur la théorie de Winnicott, une compensation pour **compléter un espace transitionnel défaillant**.

Pour Winnicott, l'objet transitionnel est un phénomène universel.

Selon lui, son absence témoignerait d'un développement émotionnel très perturbé, il évoque alors la possibilité d'une psychopathologie dans *l'aire des phénomènes transitionnels* puisqu'il écrit à propos de l'enfant à la ficelle dans *Jeu et réalité*, voir encadré : « un chercheur qui ferait l'étude de ce cas de toxicomanie prendrait-il suffisamment en considération la psychopathologie qui s'était manifestée, chez ce garçon dans l'aire des phénomènes transitionnels ».

*L'enfant à la ficelle : il s'agissait d'un petit garçon qui avait fait face aux absences de sa mère dépressive pendant sa petite enfance par l'utilisation d'un objet transitionnel atypique : une ficelle. Cette dernière ayant pour fonction de dénier la séparation.*

Winnicott précise que ce n'est pas l'objet qui est transitionnel, c'est l'utilisation que le sujet en fait.

Joyce Mc Dougall reprend la théorie de Winnicott : elle postule que le sujet se protège de ses douleurs psychiques en ayant recours aux addictions, qui constitueraient une forme de



restitution d'un espace transitionnel défaillant. Elle met le concept d'addiction en rapport avec l'échec des processus d'intériorisation de l'objet.

Les addictions sont des agir immédiats et répétitifs s'apparentant aux actes-symptômes dont elle donne une définition impliquant l'échec de la fantasmatisation et de l'intériorisation de l'objet. La personne dépendante n'a pas eu accès à la séparation et à la perte de l'objet, Joyce Mc Dougall avance qu'il y aurait une défaillance de l'étayage maternel, ne permettant pas d'élaborer des processus de séparation ; l'objet maternel interne serait vécu comme absent, incapable de consoler l'enfant perturbé.

<b>Addiction = pathologie de l'attachement, du lien, et de la transitionnalité</b>
--

L'acte-symptôme du sujet addict, tente de faire tenir aux objets substitutifs externes la fonction d'Objet symbolique qui manque, ou qui est abîmé dans le monde psychique interne, ces actes utilisent des objets matériels (objets de l'addiction) qui représentent des **substituts de l'Objet transitionnel de Winnicott**. Joyce Mc Dougall leur donne le nom d'objets transitoires. En effet, elle parle d'activités ou de substances addictives comme substituts d'un objet transitionnel mais précise que si l'objet transitionnel représente le « début de l'introjection d'un environnement à fonction maternante » les objets d'addiction ne remplissent pas cette fonction, voire s'y substituent puisqu'ils sont censés remplacer la fonction maternante manquante.

Contrairement à l'objet transitionnel qui est en voie d'introjection, puis d'identification, « les objets d'addiction sont « transitoires » car toujours à recréer car toujours dehors » [Mc Dougall, « Théâtre du Je », 1982].

Ainsi, dans notre étude de cas cliniques, pour Gaël, (cas numéro deux), nous voyons bien la manière dont les jeux deviennent « l'objet transitoire » et non transitionnel. Par ces jeux en ligne,

*il règle transitoirement les conflits avec son père, revenant ainsi sans cesse vers son ordinateur et jouant de manière de plus en plus compulsive.*

MP Blondel [8], auteure reprenant également la pensée Wincottienne nous explique qu'il faut différencier l'objet transitionnel, qui, selon elle est un préalable à l'internalisation de l'objet, d'un néo-besoin ou d'un objet fétiche qui l'entravent et s'y substitue.

Elle nous rappelle le concept de création de néo-besoins décrits par D Braunschweig et M. Fain : ce sont des « faux » besoins permettant une réponse généralement immédiate sur le modèle de la satisfaction du besoin, **se substituant ainsi à l'élaboration du désir et de sa réalisation hallucinatoire et court-circuitant alors les auto-érotismes.**

La création de néo-besoin aboutit entre autre à une confusion des perceptions des sensations internes ainsi que de leurs objets respectifs.

L'auteure va jusqu'à dire que la tétine illustrerait classiquement la création d'un néo-besoin en particulier parce qu'elle est proposée (réponse immédiate) par la mère et court-circuite la retenue et la mise en latence des tensions (et donc la création autoérotique), elle précise cependant que toute les tétines ne sont pas utilisées comme des calmants court-circuitant la réalisation hallucinatoire du désir...au contraire....

#### **IV/4. Bowlby / Ainsworth**

Ces auteurs décrivent uniquement des « comportements » à l'aide des expériences que nous avons décrites dans la première partie. Ils ne nous éclairent donc pas pour faire des liens entre estime de soi et conduites addictives.

#### **IV/5. Freud**

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

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

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

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

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

La difficulté du toxicomane : différencier l'objet de besoin et l'objet de désir

Selon Jeammet [47] auteur reprenant la pensée Freudienne, la personne addict n'a pas eu accès à la séparation et à la perte de l'objet, il y a eu défaillance traumatique de l'environnement originaire ou des assises narcissiques.

#### **IV/6. Mélanie Klein**

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

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

#### IV/7. Kohut/ Grunberger

Ils ont, en partie, la même vision du narcissisme et insistent sur l'estime de soi. Tous deux parlent, en des termes propres à chacun, d'une « double orientation de la libido » - libido sexuelle et libido narcissique – qui sont en relation dialectique.

Comme nous l'avons vu dans notre première partie, Kohut parle de « Soi-Objet », chez le sujet addict, ce sont les objets d'addiction que nous pouvons rapprocher de ces Soi-Objets. En effet, Kohut nous dit que les Soi-Objets sont indispensables à la survie du sujet souffrant de troubles narcissiques mais qu'ils n'ont pas de représentation précise, or nous savons bien à quel point il est difficile pour le sujet addict de *décrire, de se représenter son objet d'addiction*.

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

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

#### IV/8. Bergeret

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

Le narcissisme pathologique se caractérise par un **Moi lacunaire** par incomplétude narcissique, une sorte de poche trouée, avec une **revendication affective inépuisable, une**

**insatisfaction irréductible, une quémante permanente.** Le sujet a une image de soi faible et fragile qui oscille entre des **tentatives d'élation narcissique - parfois grâce à la drogue - et de dérélition.**

*Nous avons ainsi noté cette notion de « vacuité » dans notre étude de cas clinique, dans le cas numéro 4, Diana confie : « Avec la cocaïne, j'ai trouvé ce qu'il me manquait ».*

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

#### IV/9. Pédinielli

Jean-Louis Pédinielli s'intéresse, entre autres, aux **mécanismes de défense** pour lutter contre le malaise créé par la faille narcissique.

Pour faire face à ce malaise, il nous parle du passage à l'acte, de « l'Agir »

Conduites addictives = mode de défense permettant au sujet de maintenir une homéostasie psychique chaque fois que son équilibre économique est menacé sur le versant narcissique ou sur le versant objectal.

Rappelons que :

L'objet de besoin renvoie au pôle narcissique.

L'objet de désir renvoie au pôle objectal.

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

Le terme renvoie à la voix passive « être donné », et donc à l'esclavage, l'auteur nous explique que le corps est devenu autre, aliéné à l'autre, servant de substitution à une dette non soldée [69].

Il compare la conduite addictive à un montage pseudo pulsionnel : parenté avec le circuit pulsionnel décrit par Freud (Origine, source=>Poussée=>but=>Objet).

Le processus d'addiction est donc une série d'actes, mais que comprenons-nous par acte ?

J-L Pédinielli nous expose différents signifiés [69] :

- *L'action spécifique*= faire cesser l'état de déplaisir suscité par un besoin non satisfait (nourrisson), suppose la présence d'une personne qui va assurer l'action, là où l'enfant

aurait eu pour première réaction « l'hallucination de satisfaction », prototype du désir.

( Winnicott : objet presenting)

- *L'action* : acte en tant qu'il fait symptôme : actes compulsions, mises en actes dans l'hystérie, actes manqués ;
- *L'Agieren*, dont l'usage premier est lié à la question de la cure et du transfert, désigne la répétition sous forme d'action ce qui ne peut être remémoré : l'acte vient à la place du souvenir, l'usage d' « agieren » (en anglais : acting out) a ensuite été étendu au delà de la cure psychanalytique, pour désigner ces actes dont le sujet n'est pas capable de se restituer le sens.

L'addiction : quel type d'actes ?

Ni acte manqué, ni symptôme névrotique, ni réellement acting-out ou passage à l'acte.

Pédinielli nous les décrit comme mécanismes de défense.

#### **IV/10. Le modèle de l'Ordalie (Charles-Nicolas et Valleur 1981)**

Ce modèle a surtout été utilisé pour étudier les tentatives de suicide à répétition et les conduites d'overdose chez les toxicomanes.

Le fantasme ordalique serait de s'en remettre à l'Autre, au hasard, au destin, à la chance, afin de se « prouver » que l'on est dans la maîtrise, que l'on est « l'élu ». Par la survie à une conduite à risque élevé, le sujet prouve son « bon droit » à la vie, son caractère exceptionnel, voire son immortalité.

C'est l'appel du sujet à une puissance extérieure qui décidera de le faire vivre ou mourir. Ce modèle illustre assez bien les failles narcissiques rencontrées chez le sujet addict : le sujet ayant un manque d'estime de soi et de confiance en soi si intenses qu'il s'en remet à un Autre pour choisir « son destin », prouver son « omnipotence » - atteignant ainsi l'état d'élation - .

#### **IV/11.Temporalité et addiction :**

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

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

La personne addict ne cesse d'interroger son rapport au temps, le besoin d'immédiateté et celui de satisfaction du désir sont au premier plan dans le vécu de l'individu [42].

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

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

*Dans notre étude de cas cliniques, le cas numéro un, Eric relate assez bien ce rapport au temps lorsqu'il parle d'une structure de soins : « La-bàs, il y a un RYTHME ».*

Ce rapport au temps, pour reprendre les termes d'Husserl [45]: « cette conscience intime du temps », permettrait à l'individu d'assigner un sens à son existence.

La notion de temps serait donc une dimension du rapport à la vie qui s'apprend, s'apprivoise et se canalise.

Les effets provoqués par les conduites addictives seraient ressentis comme des temps de parenthèses [58], permettant d'occulter les pressions du quotidien, et, d'effacer par l'oubli toute les craintes que peut avoir un individu.

La conduite addictive permettrait, selon Sylvie Le Garrec [58], une « disjonction momentanée avec la quotidienneté, la construction dans un nouvel espace-temps, d'une légitimité à faire, à dire ou à être, autrement que dans les temps structurels, normalisés et institués.



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

Chez le sujet addict, le temps est vécu selon une forme archaïque (ou primaire) [76].

C'est un temps de « l'inconscient », « présentifié », ou encore circulaire et perpétuel.

Cette manière de « vivre le temps » est elle une **quête narcissique ?**

Un désir mégalomane de ralentir le temps, voire de le suspendre.

## **Conclusion :**

Nous avons pu voir que pour comprendre les troubles de l'estime de soi, il fallait se pencher sur la question psychanalytique du concept de narcissisme. Malgré une diversité théorique dans notre revue de la littérature, une notion est commune à tous les auteurs que nous avons étudiés : l'enfant a une expérience de plénitude narcissique et, à un moment donné, un traumatisme vient perturber l'évolution ultérieure de son narcissisme et donc de son estime de soi.

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

Ces troubles de l'estime de soi - par inflation ou effondrement – se manifestent par des affects narcissiques que l'on retrouve souvent dans la séméiologie présentée par les patients souffrant de conduites addictives. Ainsi, le sujet peut présenter six symptômes en particulier : l'exaltation, la dépersonnalisation, un vécu dépressif, la honte, la rage narcissique, l'indignation ; cette liste n'étant évidemment pas exhaustive.

Dans notre synthèse des connaissances sur l'addiction, nous avons insisté sur l'aspect historique et culturel de l'usage de « substances », apparaissant tel un RITE. Le *Pharmakon* s'est vu attribuer trois fonctions dans l'histoire : thérapeutique, religieuse et sociale. La notion de rite peut nous permettre de rapprocher les notions d' « oscillation du sentiment du Moi » et d'addiction, le rite apparaissant comme une « garantie » contre l'impondérable, permettant ainsi de maintenir une stabilité, de « maîtriser » l'incertitude. Les produits d'addiction que nous avons étudiés ont chacun, de manière différente, une dimension « narcissisante », certes

temporaire. Cette dimension se retrouve dans l'étude neurobiologique des conduites addictives de par le concept de circuit de récompense que nous avons décrit.

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

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

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

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

Cependant bien que le produit d'addiction ait un effet totalisant à cet instant « t » de l'absorption, il est surtout « total » et « totalitaire », venant se substituer au sujet lui-même, lui confisquant ses idéaux pour ne laisser persister que l'état de jouissance – élation – et l'état de manque.

Le travail effectué en service d'Addictologie pourrait être ainsi décrit : il s'agit d'un travail qui va au-delà d'un simple sevrage. C'est un soin « renarcissant ». L'objectif étant d'élever le sujet du *besoin* vers le *désir*, d'un univers de *sensations* à un monde d'*émotions*, d'un *fonctionnement archéo-cortical* – comme nous l'avons vu avec les structures impliquées (noyau accumbens, aire tegmentale ventrale) – à un *fonctionnement néo-cortical* fait de « stratégie », d' « élaboration », d' « anticipation », tout ceci par le biais d'un lien interhumain recréé.

**ANNEXE**

## ANNEXE

### **IRBMS**

Institut Régional du Bien-être,  
de la Médecine et du Sport Santé  
WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR  
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

### **Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg**

*Par Nathalie Crépin et Florence Delerue*

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

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

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre 1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté 1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. 1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. 1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même 1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile. 1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. 1-2-3-4

### **Comment évaluer votre estime de soi ?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. ANDRE C., « Imparfais, libres et heureux. Pratiques de l'estime de soi ». Paris : Odile Jacob 2006. 470 pages, (*Psychologie*).
2. ANZIEU D., « Le Moi-peau ». 2<sup>ième</sup> éditions. Paris : Dunod 1995. 291 pages. (*Psychismes*).
3. AUBRY C., GAY M.-C., ROMO L., JOFFRE S., « L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle Tennessee du concept de soi ; Etude comparative entre hommes et femmes ». *L'Encéphale*, 2004, n°30, p. 24-31.
4. AULANIER P., « La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé ». Paris : PUF 1975. 363 pages, (*Le fil rouge*).
5. BERGERET J., « La personnalité normale et pathologique ». 3<sup>ième</sup> édition. Paris : Dunod 1996. 330 pages, (*Psychismes*).
6. BERGERET J., LEBLANC J., et al., « Précis des toxicomanies ». Paris : Masson 1984. 258 pages.
7. BLONDEL M-P., « Les niveaux de pensée de Pierre Luquet ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2 vol.68, p. 673-678.
8. BLONDEL M-P., « Objet transitionnel et autres objets d'addictions ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2, vol.68, p. 459-467.
9. BOURDELLON G., « Engagement dans le désir ou engouffrement dans la dépendance ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2 vol. 68, p. 441-457.
10. BOURDIER P., et al., « Le narcissisme, l'amour de soi. ». Paris : Tchou 1980. 318 pages, (*Les grandes découvertes de la psychanalyse*).
11. BRUSSET B., « Dépendance addictive et dépendance affective ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2, vol. 68, p. 405-420.

12. CAMPOS A-C., « Du corps au sens : les chemins de l'addiction ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2, vol. 68, p. 623-632.
13. CARRERE C., « « La forteresse pleine » ou les limites de la substitution ». *Le Flyer*, 2007, n°30.
14. CATTEEUW M., « L'approche psychodynamique des addictions : réflexions épistémologiques et implications méthodologiques ». *L'évolution psychiatrique*, 2002, vol.67, p. 312-325.
15. CATTEEUW M., SZTULMAN H., « Analyse typologique en visibilité faible pour la mise en évidence des processus communs de l'addiction aux substances psychoactives ». *Annales Médico Psychologique*, 2003, vol. 161, p. 109-117.
16. CHAUVET E., « L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2, vol.68, p. 609-622.
17. CORCOS M., JEAMMET PH., « Conduites à risques et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens ». *Psychotropes*, 2006/2, vol.12, p. 71-91.
18. COSTENTIN J., « Neuropsychopharmacology of delta-9-tetrahydrocannabinol. ». *Annales pharmaceutiques Françaises*. 2008, vol.66, n°4, p. 219-231.
19. DARCOURT G., « Préface de ». *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositif*. J. FURTOS. Paris : Masson 2008. p. 9-11.
20. DARCOURT G., « Faut-il traiter les troubles de la personnalité ? ». *La presse médicale référence*, 2008, tome 37, n°5, cahier 2, p. 845-851.
21. DARCOURT G., « La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie ? ». Paris : Odile Jacob 2006. 254 pages.
22. DARCOURT G., « La société du malaise ». *La lettre de psychiatrie française*, 2011, n°197, p. 10-11.



23. DARCOURT G., « Psychanalyse et psychothérapies analytiques des troubles de la personnalité », in GUELFY J.D., HARDY P. : *Les PERSONNALITES PATHOLOGIQUES*. Paris : Ed Lavoisier 2013 ; p.274-283.
24. DAVID P., « L'ennui comme expérience du temps ». *Psychotropes*, 2011/2, vol.17, p.9-17.
25. DE CLERCK R., « Relations d'objet primaires ou narcissisme primaire ? Une contribution sur l'influence de la théorie sur la technique psychanalytique. ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/4, vol.68, p. 1201-1221.
26. DE QUINCEY T., « Confessions d'un mangeur d'opium anglais ». Paris : Gallimard 1990. 398 pages, (*L'imaginaire*).
27. DECLERCQ S., NICOLIS H., « La théorie de l'attachement au secours des adolescents limites hospitalisés ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2010, 58, p. 107-111.
28. DEMATTEIS M., « Les addictions : concept, facteurs de risque, vulnérabilité et neurobiologie ». *document pdf, Faculté de Médecine, CHU Grenoble, Hôpital A. Michallon*.
29. DENIS P., « Le narcissisme ». Paris : PUF 2012. 128 pages, (*Que sais-je ?*).
30. DREWS E., ZIMMER A., « Modulation of alcohol and nicotine responses through the endogenous opioid system. ». *Progress in neurobiology*, 2010, n°90, p. 1-15.
31. DUCLOS G., LAPORTE D., ROSS J., « L'estime de soi des adolescents ». Hôpital Sainte-Justine, 2002. 96 pages.
32. FEDERN P., « Le moi comme sujet et objet dans le narcissisme ». *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris : PUF 1979. 390 pages, (*Bibliothèque de psychanalyse*).

33. FERNANDEZ L., SZTULMAN H., « La dépendance sous le regard du psychologue. In : D. Richard, J.L. Senon », *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse-Bordas 1999. p. 137-141.
34. FREUD S., « Deuil et mélancolie ». Paris : Payot 2011. 96 pages. (*Petite bibliothèque Payot*).
35. FREUD S., « Pour introduire le narcissisme ». Paris : Payot 2012. 160 pages. (*Petite bibliothèque Payot*).
36. GOLSE B., « Entre psychanalyse et attachement, le concept de pulsion d'attachement comme moyen de penser la symbolisation en absence et en présence de l'objet », *Dialogue*, 2007/1, n°175, p. 15-29.
37. GOLSE B., « Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Complément sur l'émergence du langage ». 4<sup>ième</sup> édition. Issy-les-Moulinaux : Elsevier Masson 2008. 379 pages.
38. GOODMAN A., « Neurobiology of addiction. An integrative review. ». *Biochem Pharmacol.* 2008, vol.75, n°1, p. 266-322.
39. GRUNBERGER B., « Le narcissisme. Essais de psychanalyse ». Paris : Petite bibliothèque Payot 1975. 348 pages. (*Science de l'homme*).
40. GUEDENEY N., GUEDENEY A., « L'attachement, concepts et applications ». 2<sup>ième</sup> édition. Paris : Masson 2006. 235 pages. (*Les âges de la vie*).
41. GUILLERMAIN Y., « Addictions et temporalité le temps du soin : maintenant ou jamais ! », *Psychotropes*, 2011/2, vol.17, p. 55-63.
42. HAUTEFEUILLE M., « Addictions et temporalités », *Psychotropes*, 2011/2, vol.17, p. 5-8.

43. HORVATH S., MORF C.C., « To be grandiose or not to be worthless : Different routes to self-enhancement for narcissism and self-esteem », *Journal of research in personality*, 2010, n°44, p. 585-592.
44. HOUZEL D., « Le concept d'enveloppe psychique ». 2<sup>ième</sup> éditions. Paris : In Press 2010. 187 pages. (*Concept-psy*).
45. HUSSERL E., « Leçon pour une phénoménologie de la conscience intime du temps. ». 6<sup>ième</sup> édition. Paris : PUF 1996. 224 pages, (*Epiméthée*).
46. JANIN C., « La honte, ses figures, ses destins ». Paris : PUF 2007. 169 pages. (*Le fil rouge*).
47. JEAMMET PH., « Addiction, dépendance, adolescence, réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques ». *Les nouvelles addictions*. Paris : Masson 1990. p. 10-29.
48. JEAMMET PH., « Adolescence et dépendance », *Psychotropes*, 2005/3, vol.11, p. 9-30.
49. JEAMMET PH., LAMAS C., «Approches psychanalytiques des addictions», *Traité d'addictologie : sous la direction de Reynaud M.*. Paris : Flammarion médecine-sciences 2006. 800 pages, chap.9.
50. KIM E.J., NAMKOONG K., KU T., KIM S.J., « The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits ». *European psychiatry* 23, 2008, p. 212-218.
51. KIMURA B., « Ecrits de psychopathologie phénoménologie, la dépression état limite ». *Phénoménologie de la dépression état limite*. Paris : PUF 1992. p. 93-116.
52. KOHUT H., « Le soi. ». 4<sup>ième</sup> édition. Paris : PUF 2004. 374 pages, (*Le fil rouge*).
53. LAMAS C., GUEDENEY N., « Constitution des liens d'attachement ». *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2006, n°3, vol.19, p. 111-114.

54. LANE R.D., et al., « Neuroanatomical correlates of happiness, sadness, and disgust. ». *American journal of psychiatry*. 1997, vol.154, n°7, p. 926-933.
55. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., « Vocabulaire de la psychanalyse ». Paris : PUF 2007. 523 pages. (*Quadrige Diclos Poche*).
56. LAURE P., et al., « L'estime de soi et l'anxiété sont-elles prédictives de la consommation de substances psycho-actives par les préadolescents ? ». *Psychotropes*, 2005/1, vol. 11, p. 73-90.
57. LAZARTIGUES A., PLANCHE P., SAINT-ANDRE S., MORALES H., « Nouvelle société, nouvelles famille : nouvelle personnalité de base ? De la personnalité névrotique à la personnalité narcissico-hédoniste. ». *L'Encéphale*, 2007, n°33, cahier 1, p. 293-299.
58. LE GARREC S., « Le temps des consommations comme oubli du présent ». *Psychotropes*, 2011/2, vol.17, p. 19-38.
59. LE POULICHET S., « L'addiction est un traitement de substitution ». *L'évolution psychiatrique*, 2011, vol.76, p. 485-491.
60. LE POULICHET S., « Toxicomanies et psychanalyse : Les narcoses du désir ». 3<sup>ième</sup> édition. Paris : PUF 2011. 183 pages. (*Voix nouvelles en psychanalyse*).
61. MALDONADO R., « Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues ». *Annales pharmaceutiques française*, 2010, vol.68, p. 3-11.
62. MAZET P., RACHIDI L., « Quelle est la place des troubles du narcissisme et de l'estime de soi dans les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent ? ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2010, 58, p. 248-255.
63. McDOUGALL J., « L'économie psychique de l'addiction ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2, vol. 68, p. 511-527.

64. MIEL C., « La toxicomanie ou la quête impossible de l'objet ». *Psychotropes*, 2002/1, vol.8, p. 7-21.
65. MIEL C., « Représentation et pulsion de mort dans la toxicomanie ». *Cahiers de psychologie clinique*, 2003/2 n°21, p. 137-153.
66. MONJAUZE M., « Psychanalyse de l' « objet ». « Objet-drogue », « objet-alcool » ». *Le carnet PSY*, 2001/1, n°61, p. 17-22.
67. NETTER M., « Eviter la séparation, éviter la réunion ou le dilemme de la dépendance ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2, vol.68, p. 657-672.
68. PEDINIELLI J.L., ROUAN G., BRETAGNE P., « Psychopathologie des addictions ». 2<sup>ème</sup> édition. Paris : PUF 1997.128 pages, (*Nodules*).
69. PEDINIELLI J-L., BONNET A., « Apport de la psychanalyse à la question de l'addiction ». *Psychotropes*, 2008/3, vol.14, p. 41-54.
70. PICKHARDT CARL E., « Développer l'estime de soi de votre enfant ». Paris : Les éditions de l'Homme 2002. 216 pages, (*Parents aujourd'hui*).
71. PRINGUEY D., « Une phénoménologie de la dépendance à l'alcool. Une expérience primordiale de la « nostrité » ». *L'évolution psychiatrique* 70, 2005, p. 771-779.
72. RACINE S., NADEAU L., « Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie ». *Les cahiers de recherche du RISQ : Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives – Québec*, 1995, Montréal.
73. RAVIT M., « La cruauté du lien : de l'objet d'addiction au lien d'addiction ». *Cahiers de psychologie clinique*, 2004/1, n°22, p. 55-69.
74. RIGON E., « Papa, maman, j'y arriverai jamais ! Comment l'estime de soi vient à l'enfant. ». Paris : Albin Michelle 2001. 188 pages, (*Question de parents*).
75. ROSENZWEIG M., « Les drogues dans l'histoire entre remède et poison : archéologie d'un savoir oublié ». Brussel : DeBoeck & Belin 1998. 198 pages, (*Comprendre*).

76. SINGAINY E. J.-D., KELLER P.H., FLEURY B., « Le temps vécu par le sujet alcoolique ». *Le courrier des addictions*, 2000, n°3, p. 116-120.
77. SZTULMAN H., « Vers le concept de personnalités limites addictives ». *Ann Méd Psychol*, 2001, vol.159, p. 201-207.
78. THOMASSON N., « Neuropsychiatrie : tendances et débats. ». 2001, n°14, p. 55-56.
79. VALLEUR M., MATYSIAK J.-C., « Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge ». 2<sup>ième</sup> édition. Paris : Armand Colin 2006. 380 pages, (*Sociétales*).
80. VERDEJO-GARCIA A., BECHARA A., « A somatic-marker theory of addiction ». *Neuropharmacology*, 2009, 56 (Suppl 1), p. 48-62.
81. WEXLER B.E., et al., « Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving. ». *The American journal of psychiatry*. 2001, vol.158, n°1, p. 86-95.
82. WINICOTT D. W., « Jeu et réalité ». Paris : Gallimard 2002. 275 pages. (*Folio essais*).
83. WINICOTT D.W., « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self » ». *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Paris : Edition Payot 1989. 259 pages, chap.9.
84. WINICOTT D.W., « Les objets transitionnels ». Paris : Payot 2010. 109 pages. (*Petite bibliothèque Payot*).
85. ZILKHA N., « La dépendance, une réalité psychique ? ». *Revue française de psychanalyse*, 2004/2, vol. 68, p. 495-507.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence de mes Maîtres de cette faculté,  
De mes chers condisciples  
Et devant l'effigie d'Hippocrate,  
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
Et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
Et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.  
Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,  
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés  
Et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que les considérations  
De religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale  
Viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le secret absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes  
Connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*