



HAL
open science

La dépendance à l'héroïne dans ses dimensions générationnelles et transgénérationnelles

Hoda Dagher

► **To cite this version:**

Hoda Dagher. La dépendance à l'héroïne dans ses dimensions générationnelles et transgénérationnelles. Psychologie. Université de Lyon, 2017. Français. NNT : 2017LYSE2014 . tel-01561362

HAL Id: tel-01561362

<https://theses.hal.science/tel-01561362>

Submitted on 12 Jul 2017

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.



UNIVERSITÉ
LUMIÈRE
LYON 2

N° d'ordre NNT : 2017LYSE2014

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

**École Doctorale : ED 485 Éducation Psychologie Information
Communication**

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le 23 janvier 2017, par :

Hoda DAGHER

La dépendance à l'héroïne dans ses dimensions générationnelles et transgénérationnelles

Devant le jury composé de :

Magali MUGNIERY-RAVIT, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Présidente

Didier DRIEU, Professeur des universités, Université de Rouen, Rapporteur

Raja MAKKI, Professeure des universités, Université Libanaise Beyrouth, Rapporteur

Jean-Pierre DURIF-VAREMBONT, Maître de conférence HDR, Université Lumière Lyon 2, Directeur de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



Université Lumière Lyon 2

**École doctorale : Sciences de l'éducation, Psychologie, Information,
Communication (EPIC)**

**Laboratoire : Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique
(CRPPC EA 653)**

**LA DEPENDANCE A L'HEROÏNE DANS SES DIMENSIONS
GENERATIONNELLES ET TRANSGENERATIONNELLES**

Hoda DAGHER

Thèse de doctorat en Psychologie

Sous la direction de Monsieur Jean-Pierre DURIF-VAREMBONT

Maitre de conférences HDR Emérite, Université Lyon 2

Membres du jury

**DRIEU Didier, Professeur psychopathologie de l'enfant, rapporteur,
Université de Rouen- Normandie**

**DURIF-VAREMBONT Jean-Pierre, Maître de conférences, HDR
psychopathologie et psychologie clinique, directeur, Université Lumière Lyon 2**

**MAKKI Rajaa, Professeur de psychologie clinique et sociale, rapporteur,
Université libanaise, Beyrouth**

**RAVIT-MUGNIERY Magali, Professeur psychopathologie
et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2**

Soutenu le 23 janvier 2017

Dédicace

A la mémoire de mes parents qui ont toujours cru en moi et en mes capacités à aller toujours plus loin

A ces jeunes toxicomanes qui jouent avec la mort à la roulette russe, et leurs familles souffrantes qui m'ont inspiré la réalisation de cette recherche

Remerciement

Premièrement, je remercie Monsieur le Professeur Jean-Pierre Durif-Varembont, le directeur de cette recherche, pour son soutien, sa bienveillance et les directives qu'il a bien voulues m'accorder au cours de la préparation de mon travail, qui ont apporté une contribution essentielle à l'achèvement de ce travail. Qu'il trouve ici, l'expression de toute ma reconnaissance.

Je remercie les membres du jury, Monsieur Didier Drieu, Madame Magali Ravit-Mugniery et Madame Rajaa Makki pour leur présence, le temps qu'ils ont mis à lire ma thèse et pour leurs commentaires qui sont des éclairages apportés à ce travail. Je leur dois tout mon respect.

Je tiens à témoigner ma gratitude profonde à Madame la professeure Leila Chakhani qui a accompagné toute ma démarche académique et professionnelle, m'a encouragée et soutenue à faire des études doctorales, et a accepté de lire ma thèse et de donner de précieux conseils.

Je remercie mes collègues et amis pour leur soutien actif au cours de ce travail de longue haleine. Je leur suis reconnaissante.

Ce travail n'aurait pas vu le jour, sans la collaboration de l'équipe de travail à Oum el Nour, qui m'ont soutenue et m'ont facilité la rencontre avec les jeunes toxicomanes et leurs parents dans le cadre de ce travail.

La réalisation de cette recherche ne se serait pas révélée possible sans la coopération des jeunes toxicomanes et leurs parents, qui ont accepté de bon cœur de partager leur vécu de souffrance avec sincérité et confiance. Qu'ils en soient remerciés.

Enfin, je tiens à dire merci aux membres de ma famille pour m'avoir apporté leur soutien aimant et leur présence affectueuse tout au long de ce travail.

Résumé

La dépendance à l'héroïne, qui émerge à l'adolescence, se manifeste comme une entreprise autodestructrice, attaquant le corps et le psychisme. Elle constitue un moyen paradoxal de se sentir vivant, par le biais d'une apparente recherche de la mort.

Dans l'étiologie des conduites de dépendance, il semble que le jeune héroïnomane tente par son addiction de résoudre une dépendance archaïque qui se joue à trois niveaux : intrapsychique, intersubjectif et transsubjectif :

Au niveau intrapsychique : Le comportement addictif semble témoigner d'une faille dans l'organisation de l'objet primaire et d'une dysrythmie des échanges mère-enfant, ce qui entrave l'élaboration des processus de séparation-individuation. De même, il semble refléter une défaillance dans les fonctions paternelles en tant que figure symbolique essentielle à la vie psychique et relationnelle du sujet.

Au niveau des liens intersubjectifs : Les conduites addictives semblent être liées à un système d'interrelations familiales dysfonctionnelles, où le toxicomane prend le rôle du sujet symptôme pour maintenir l'homéostasie de la famille.

Quant aux liens transsubjectifs, il semble qu'ils se jouent dans le registre du négatif et relie le toxicomane à ses racines, à un passé qui reflète des histoires familiales lointaines qui se transmettent d'une génération à une autre sans être symbolisées et intégrées psychiquement.

Discerner les problématiques de la toxicomanie au Liban, étudier le rôle central des relations précoces que vivent les sujets dépendants et mettre en évidence les caractéristiques générationnelles et transgénérationnelles du génogramme familial, peuvent fournir des pistes importantes dans la compréhension des pathologies de l'addiction et permettent de mieux cibler les interventions thérapeutiques.

Mots-clés : Dépendance, addiction, toxicomanie, héroïne, dysfonctionnement familial, relation d'objet, intrapsychique, liens intersubjectifs, liens transsubjectifs, fonctions maternelles et paternelles, générationnel, transgénérationnel, transmission.

Abstract

Addiction to heroin, which emerges in adolescence, manifests itself as a self-destructive undertaking, attacking the body and the psyche. It is a paradoxical way of feeling alive, through an apparent search for death.

In the etiology of addictive behaviors, it seems that the young heroin addict attempts to solve an archaic dependence that is played on three levels: intrapsychic, intersubjective and transsubjective:

At the intrapsychic level: The addictive behavior seems to indicate a flaw in the organization of the primary object and a dysrhythmia of the mother-child exchanges, which hinders the elaboration of the processes of separation-individuation. Similarly, it seems to reflect a failure in paternal functions as a symbolic figure essential to the psychic and relational life of the subject.

At the level of intersubjective links: The addictive behaviors seem to be linked to a system of dysfunctional family interrelations, where the addict takes the role of the subject-symptom to maintain the homeostasis of the family.

As for the transsubjective links, it seems that they are played in the negative register and connect the addict to his roots, to a past that reflects distant family histories that are transmitted from one generation to another without being symbolized and psychically integrated .

Discerning the problematics of addiction in Lebanon, examining the central role of early relationships experienced by addicts, and highlighting the generational and transgenerational characteristics of the family genogram can provide important clues in understanding the addiction's pathologies and allow a better targeting of therapeutic interventions.

Keywords: Dependence, addiction, substance abuse, Heroin, family dysfunction, object's relation, intrapsychic, intersubjective links, transsubjective links, maternal and paternal functions, generational, transgenerational, transmission.

Table des Matières

Dédicace	2
Remerciement.....	3
Résumé	4
Abstract	4
Table des Matières.....	5
Liste des tableaux	8
Avant-propos	9
Introduction	12
Le contexte libanais au sujet de l'addiction	16
1- La situation générale	16
2- La politique libanaise de lutte contre la drogue	18
2.1- La prise en charge des dépendants aux drogues au Liban	21
2.1.1 Au niveau de la prévention.....	21
2.1.2- Au niveau des traitements	22
Conclusion.....	25
Première Partie	26
Du générationnel au transgénérationnel dans la dépendance à l'héroïne - Etudes théoriques	26
Chapitre I : Dépendance à l'héroïne, adolescence, corps et mort	27
1- La dépendance : Poison qui guérit et remède qui empoisonne.....	27
1.1. La dépendance primaire, une condition humaine.....	27
1.2. La dépendance pathogène	28
1.3.La drogue, remède ou poison?	29
1.4. La dépendance, entre toxicomanie et addiction	30
1.5. L'addiction, une pathologie de la dépendance	32
2- L'émergence de l'addiction à l'adolescence	34
2.1. Les mutations du corps	35
2.2. La perte des objets infantiles à l'adolescence	35
2.3. L'adolescence confrontée aux addictions	37
3. L'Addiction, entre structures et arrangements économiques	39
3.1. Le toxicomane existe-t-il ?	39
3.2. L'addiction dans les différentes structures de personnalité.....	40
3.2.1- Addiction et névrose : Une tentative d'apaiser le surmoi.....	40
3.2.2- Addiction et psychose : La création d'une unité imaginaire de corps.....	40
3.2.3-Addiction et état-limite (borderline) : la difficulté de franchir le stade de séparation-individuation	41
3.2.4. Addiction et perversion : Le produit toxique remplace-t-il l'objet fétiche du pervers ?	42
3.3. Les arrangements économiques de l'addiction	43
4 - L'héroïne, la pomme du paradis perdu	45
4.1. L'héroïne, c'est quoi ?.....	45
4.2. Pourquoi l'héroïne?	46
4.3. Les effets de l'héroïne	47
4.4. Un va-et-vient entre le « flash » et le manque.....	49
4.5. La transgression et la prise de risque.....	49
5. Le corps de l'addicté, entre la jouissance et la mort, un lieu de sensations extrême	51

5.1. Le corps et les sensations extrêmes	51
5.2. La jouissance destructive, au-delà du principe de plaisir	53
5.3. Prise de risque et flirt avec la mort	56
Conclusion	60
Chapitre II : La dépendance à l'héroïne, une solution au dysfonctionnement des liens dans la famille ?	62
1- La dépendance à l'héroïne, une recherche impossible de l'objet primaire	62
1.1. La mère « suffisamment bonne »	62
1.2. La défaillance dans la fonction maternelle : Mère mal perdue - mal trouvée	64
1.3. L'échec des processus d'individuation-séparation, un stade du miroir brisé	67
1.4. L'incorporation de l'objet dans le corps, un substitut du fantasme d'introjection	72
2. La fonction paternelle et sa défaillance dans les conduites addictives	76
2.1. La fonction paternelle dans la réalité psychique du sujet	76
2.1.1. La fonction paternelle et le complexe d'œdipe	78
2.1.2. La fonction paternelle et le Nom-du-Père	79
2.2. La défaillance des fonctions paternelles dans la vie de l'enfant	82
2.3. la dépendance à l'héroïne face au Nom-du-Père	83
3. Le dysfonctionnement au niveau des liens dans la famille du dépendant à l'héroïne	86
3.1. La famille concept et réalité	86
3.2. Les liens dans une famille dysfonctionnelle	88
3.2.1. Les liens fantasmatiques intrafamiliaux dans la famille du sujet dépendant à l'héroïne	90
3.3. Le dysfonctionnement familial au niveau du système d'interrelations familiales	93
3.3.1. Les liens dans le système familial dysfonctionnel du dépendant à l'héroïne	93
3.3.2. La triangulation dans la famille du sujet dépendant à l'héroïne	96
3.3.3. Le sujet dépendant de l'héroïne, le sauveur du système familial	97
Conclusion	98
Chapitre III : La dimension transgénérationnelle des conduites de dépendance.	101
Introduction	101
3.1. La transmission psychique entre les générations et à travers les générations	102
3.1.1. Le télescopage générationnel	104
3.1.2. La transmission organisée à partir du négatif	106
3.1.3. La transmission de ce qui reste énigmatique et intransmissible	107
3.1.4. La transmission comme objet d'identification aliénante	108
3.2. La transmission des secrets de famille, fantôme et crypte	112
3.2.1- Du secret des parents au secret des grands parents	112
3.2.2. La notion de fantôme et de crypte dans la transmission générationnelle	114
3.3. La transmission transgénérationnelle du traumatisme	118
3.3.1. Le traumatisme dans l'œuvre de Freud	120
3.3.2. Le traumatisme dans l'œuvre de Ferenczi	121
3.3.3. Le destin psychique du traumatisme	123
3.3.4. Les traumatismes de guerre	124
3.3.5. La transmission du traumatisme	126
3.4. L'addiction confrontée au transgénérationnel	127
Conclusion	134
Deuxième partie : L'histoire de la famille de l'héroïnomane à l'épreuve du terrain	136
Chapitre I : Méthodologie, problématique et hypothèse	137
1. La méthodologie de recherche	137

1.1. Hypothèses	137
1.2. Le processus de recherche	138
1.2.1. La population visée	138
1.2.2. L'échantillon.....	139
1.2.3. Les instruments de recherche.....	141
1.2.4. Le cadre des rencontres de recherche	144
Chapitre II : Etudes de cas, résultats et analyse	152
1- Les jeunes hommes	152
1) Joseph-Karim : Perdu entre deux prénoms sur les lignes de démarcation.....	152
2) Mahmoud : Un enfant né avec le canal des larmes bouché	158
3) Roland : Le voyage vers un monde où on a le droit de rêver	164
4) Mounir : La nostalgie de la Palestine et le poids de l'exil	169
5) André : Le génocide arménien, une blessure toujours ouverte	176
6) Ihab : Hanté par le nom d'un disparu.....	181
7) Toufic : Le fils de la femme au voile blanc (El Cheikha).....	185
8) Abbas : L'enfant triste qui aimait devenir « martyr ».....	190
9) Edgard : L'homme toujours attaché à un objet transitionnel	197
10) Julien : L'empreinte du transgénérationnel sur le corps	201
2- Les jeunes filles.....	206
1) Madona : La fille barbue et le retour du martyr.....	206
2) Matilde : La femme qui porte les traits du disparu	211
3) Patricia : L'héritage du rejet, de mère à fille.....	216
4) Josette : Le poids lourd de l'œdipe	220
5) Yolande : L'addiction de mère à fille	226
6) Randa : Née avec le cordon ombilical serré autour du cou.....	230
7) Farah : : Fille conçue par « malchance »	235
8) Rania : Bébé mourant dans une prison turque	240
9) Nathalie : Le corps placé en gage, à la recherche de l'abuseur	245
10) Chadia : Entre le Liban et l'Australie, quelle appartenance ?.....	251
Conclusion.....	257
3- Résultats et analyse	258
3.1. Résultats	258
3.2. Analyse des résultats	265
Chapitre III : Synthèse et discussion	275
1- Synthèse	275
2- Discussion	279
Conclusion.....	285
Bibliographie.....	287
Glossaire des expressions	301
Indexe des noms d'auteurs	303

Liste des tableaux

Tableau 1: Les données personnelles sur l'enfance des jeunes toxicomanes relatives aux principales difficultés vécues.....	258
Tableau 2: Les données personnelles sur les conduites des jeunes toxicomanes relatives aux principales conduites liées à l'addiction	259
Tableau 3: Les évènements traumatisants pendant l'enfance et l'adolescence des jeunes toxicomanes.....	259
Tableau 4: Les défaillances dans les fonctions maternelles chez les jeunes toxicomanes....	259
Tableau 5: Les défaillances dans les fonctions paternelles chez les Jeunes toxicomanes....	260
Tableau 6: Les défaillances au niveau du système familial chez les jeunes toxicomanes....	260
Tableau 7: Les défaillances au niveau du système familial dans la famille du père	261
Tableau 8: Les défaillances au niveau du système familial dans la famille de la mère.....	261
Tableau 9: Les addictions, les troubles psychiques et les maladies psychosomatiques dans la famille du jeune toxicomane.....	262
Tableau 10: Les addictions, les troubles psychiques et les maladies psychosomatiques dans la famille du père.....	262
Tableau 11: Les addictions, les troubles psychiques et les maladies psychosomatiques dans la famille de la mère	263
Tableau 12: Les traumatismes vécus au niveau transgénérationnel dans la famille du père	263
Tableau 13: Les traumatismes vécus au niveau transgénérationnel dans la famille de la mère	264

Avant-propos

« Au sujet de la prise en charge des toxicomanes, je vous conseille de ne pas copier notre expérience ni en être totalement influencés. Dans votre pays il y a quelque chose de particulier *qu'on a malheureusement perdu, et qu'il faut prendre en compte et savoir en bénéficier* : **La famille**. Je sais que la famille chez vous est toujours solide et a un poids dans la vie des gens. Profitez-en et donnez *de l'importance* à la famille dans vos interventions auprès des jeunes toxicomanes. Les familles peuvent vous aider dans votre mission. Pour cela, je crois que vous avez plus de chance à réussir dans votre travail que nous ».

Ces mots qui ont impressionné mon parcours dans le domaine de prise en charge des toxicomanes étaient ceux de Claude Olievenstein, l'homme qui a marqué profondément la culture professionnelle du secteur de la toxicomanie et dont la pensée a laissé des signes substantiels, sur la période allant de la moitié des années 1980 jusqu'au début des années 2000.

J'étais là dans son bureau à l'hôpital Marmottant, qu'il dirigeait à l'époque, pour me renseigner sur les toxicomanies et les toxicomanes en France, à l'occasion d'un stage que j'avais entamé en 1995 auprès de quelques institutions françaises qui s'occupent de la problématique toxicomaniaque, afin de pouvoir bénéficier de l'expérience française pour enrichir l'expérience libanaise ayant à peine vu le jour dans les années 90. Je suis reconnaissante à cet homme qui a orienté certains de mes pas, m'a encouragée et a pris le temps de discuter profondément la cause des toxicomanes.

Où commence mon expérience avec les toxicomanes?

C'était la guerre, un stade de notre jeunesse couvrant une période de seize ans (de 1975 à 1991), où vie et mort se confondaient, se croisaient, se séparaient ; où les pulsions de vie prenaient le pas sur les pulsions de mort pour leur céder ensuite la place. Une vie pavée de sables mouvants, faisant de nous des morts en sursis. Les bombardements nous jetaient dans des abris des journées et des nuits entières, parfois même durant des semaines sans discontinuer.

En 1991, pendant les dernières batailles, mais les plus cruelles, alors que j'avais déjà commencé ma carrière de juriste et terminé en même temps des études en sciences sociales,

les bombardements étaient de tous côtés, et nous avons été obligés de passer des semaines dans les caves des immeubles entre la vie et la mort. Là-bas j'ai découvert qu'il y avait un nombre de jeunes voisins, combattants dans les milices à cette époque de la guerre, pris dans le piège de la dépendance à l'héroïne, une substance beaucoup plus dangereuse que le haschisch, que nous croyions à tort être la seule drogue répandue entre les combattants. J'ai pu discerner les comportements bizarres et anormaux de ces jeunes que je connaissais depuis l'enfance. J'étais touchée en les regardant se suicider à petit feu, et en apercevant les souffrances de leurs mères qui ne savaient pas comment sauver leurs enfants de cet ennemi aussi mortel que la guerre. Alors, j'ai décidé de me mettre en action.

Sortie des caves et de la guerre, j'ai commencé à faire des recherches pour voir en quoi consiste l'héroïne et s'il y a un dispositif mis en place au Liban pour se charger du sort de ces jeunes et de leurs problèmes .

En 1992, mes lectures m'ont amenée à lire le fameux « Il n'y a pas de drogués heureux » d'Olievenstein, un curieux livre autobiographique, impressionnant, un livre de clinique, d'aventure et de voyages, de courage et d'innovation. Par la suite, ma recherche m'a guidée à Oum el Nour (Regroupement Mère de Lumière), l'organisation pionnière dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes au Liban qui a commencé à s'occuper de ces jeunes dès l'année 1990.

J'ai commencé un travail de bénévolat à Oum el Nour et j'ai été sollicitée à aller faire un stage en France pour bénéficier d'une expérience plus riche et plus profonde que la nôtre afin de réussir la mission au sein de cette organisation non-lucrative : trouver une solution à la souffrance des jeunes toxicomanes libanais.

La rencontre avec Olievenstein en 1995 fut un tournant décisif dans mon travail qui est resté bénévole avec Oum el Nour jusqu'à présent. Mon objectif est devenu ainsi bien clair : m'occuper des familles des toxicomanes au Liban, comme engagement d'aide de ma part afin de rendre possible le changement de vie de ces jeunes drogués.

J'étais motivée à créer un programme destiné à fonctionner au niveau de la famille des jeunes toxicomanes résidents à Oum el Nour. Ce programme consistait, en plus des rencontres individuelles avec chaque famille, à regrouper plusieurs familles autour du problème de leurs enfants toxicomanes, de plus, il visait à réduire les sentiments d'isolement, de honte et de

culpabilité chez ces mêmes familles, en favorisant le soutien mutuel, l'entraide, les échanges d'expériences au sein de la famille et entre les familles, à parler de leurs problèmes, à tenter d'y faire face ou, tout simplement, se soutenir mutuellement. Ce programme s'est développé en se basant sur mon expérience qui a été renforcée plus tard par les études universitaires en psychologie, des formations différentes et une psychanalyse individuelle, qui ensemble ont abouti à cette recherche de thèse.

Puis vient s'ajouter à l'expérience institutionnelle à « Oum el Nour » mon travail de psychothérapeute analytique, et j'ai eu l'occasion de recevoir dans mon cabinet beaucoup de jeunes souffrant de dépendance à différentes substances, y compris l'héroïne.

Pendant les années de travail auprès des dépendants à une substance dure telle que l'héroïne dans la société libanaise, j'ai pu accumuler des observations qui me laissent déduire que la dépendance à l'héroïne semble comporter une prévalence de familles dysfonctionnelles. Dans tous les cas, un dysfonctionnement dans les liens familiaux était observé, surtout au niveau de la relation du triangle père-mère-enfant. Avec le temps, la dimension transgénérationnelle a été de plus en plus constatée, suscitant des questionnements sur le lien entre le comportement de dépendance et les histoires familiales lointaines, non résolues, qui se répètent d'une génération à l'autre et dont le sujet dépendant tente de résoudre par son comportement addictif.

Mon grand désir d'approfondir mes connaissances notamment sur les dimensions générationnelles et transgénérationnelles de l'addiction, d'améliorer les moyens d'intervention auprès des toxicomanes libanais dans un cadre institutionnel ou individuel, et d'être mieux équipée pour enseigner la matière dans les universités du Liban, était derrière mon choix de recherche dans le cadre de cette thèse de Doctorat.

Introduction

La dépendance à l'héroïne pose de graves problèmes, vu sa propagation parmi les jeunes et son lien avec l'autodestruction, la transgression et la délinquance.

Depuis des années, les perspectives psychanalytique et familiale, malgré leurs différences conceptuelles, se rejoignent sur l'importance des facteurs familiaux chez les jeunes qui développent des conduites de dépendance à une substance.

Sur le plan clinique et pathologique, la dépendance a soulevé depuis Freud, passant par les pionniers de la psychanalyse et arrivant aux psychanalystes contemporains et aux cliniciens de la thérapie familiale systémique, de nombreuses questions et délivré diverses réponses visant à comprendre la pathologie de la dépendance aux trois niveaux intrapsychique, intersubjectif et transsubjectif.

Bien que Freud n'ait pas développé une théorie précise de l'addiction, la lecture minutieuse de ses écrits nous amène à souligner le rapport entre les besoins addictifs, le désir et l'expérience de satisfaction, le lien avec la dépression, la perte de l'objet, le manque et le narcissisme.

Après Freud, les pionniers de la psychanalyse précisent le rôle de l'environnement précoce, surtout de la relation avec la mère, dans la pathologie de la dépendance. Ils signalent également le rôle des problématiques narcissiques, des relations d'objet prégénitales, des carences de représentations et des angoisses précoces dans la genèse de l'addiction.

Grand nombre de psychanalystes contemporains ont mis eux aussi le point sur les défaillances de l'environnement familial précoce et ont relevé des problématiques liées aux failles narcissiques, aux relations d'objet partielles, aux défaillances du moi par rapport aux décharges pulsionnelles, ainsi que les défauts de symbolisation des représentations mentales.

Quant aux théories familiales systémiques, leur hypothèse de base est que l'addiction n'est pas uniquement le témoin de conflits intrapsychiques prévalents, mais doit être également comprise comme la résultante du dysfonctionnement sévère des relations entre le sujet et ses environnements familiaux. Pour les systémiques, le comportement pathologique du sujet dépendant est lié à un système d'interrelations familiales qui le perpétuent. L'homéostasie d'un système familial donné a besoin à un moment précis d'un patient désigné. Le sujet

dépendant est un sujet-symptôme qui sert de bouc émissaire pour d'autres dysfonctionnements familiaux. Il n'a pas d'autres alternatives, en tant que patient désigné, que de se conformer à ce statut de « symptôme ». Il prend sur lui toutes les charges de l'histoire familiale, et permet à la famille de maintenir son propre équilibre ou homéostasie.

De nos jours, la transmission transgénérationnelle est devenue un axe important de la pratique clinique, grâce à des pionniers de la thérapie familiale tel que Bosormenui- Nagy, Stierlin, Madanes, Haley, Angel ... ; et à des psychanalystes tels qu'Abraham et Torok, De Mijolla, Lebovici, Cournut, Cramé, Fraimberg, Kaës, Eiguer....

Les auteurs de la thérapie familiale ont remarqué que les mandats familiaux et les loyautés occupent une place importante dans les problématiques d'individuation et d'autonomie. Ils peuvent exprimer un lien qui agit à travers les générations et comporte un engagement à rendre des comptes par rapport à ce que chacun reçoit et doit transmettre à son tour. Et de leur côté, les psychanalystes qui se sont intéressés à la transmission transgénérationnelle d'inconscient à inconscient, ont étudié les notions de « secret », de « crypte », de « fantômes », de « visiteurs du moi », de « non-morts de notre préhistoire familiale » qui peuvent se remarquer dans différentes problématiques, notamment dans les conduites de dépendance.

Au niveau de l'expérience libanaise, la problématique de l'addiction perçue sous l'angle du générationnel et du transgénérationnel, n'a pas été un sujet d'étude approfondie. Cela a présenté pour nous un facteur motivationnel pour faire notre choix de recherche dans le cadre de cette thèse de Doctorat, et ce dans le but d'explorer un champ quasi-vierge au niveau de la recherche, le champ libanais, et essayer de trouver des réponses à nos questionnements sur le plan de notre expérience professionnelle afin d'exploiter le gisement des ressources familiales et transgénérationnelles dans l'explication de la problématique addictive.

Cependant, une problématique aussi complexe que l'addiction suppose beaucoup de facteurs déterminants. Dans toute cette complexité, nous avons décidé de nous limiter à examiner dans le cadre de cette thèse le rapport entre l'addiction chez les jeunes libanais à une substance qui avoisine le risque de mort et flirte avec, à savoir l'héroïne, et le dysfonctionnement familial vu sous l'angle de la transmission générationnelle et transgénérationnelle, dans le but de pouvoir fournir des pistes utiles pour mieux comprendre les pathologies de la dépendance au Liban, ce qui permet aussi de mieux cibler les interventions thérapeutiques.

En nous inspirant de ce qui a été réalisé dans les deux approches psychanalytique et familiale au niveau de la problématique de la dépendance à l'héroïne, pour une compréhension plus cernée de la dépendance et son traitement, nous tenterons de confirmer notre hypothèse générale qui consiste à percevoir la problématique de la dépendance se jouant à trois niveaux complémentaires, à essayer de démontrer que la dépendance à une substance à risque comme l'héroïne trouve son origine dans la rencontre nécessaire de trois éléments essentiels qui sont : la défaillance dans la relation à l'objet primaire et à la fonction paternelles, le dysfonctionnement au niveau des relations intrafamiliales et les mandats des liens transgénérationnelles.

Quant aux méthodes et aux techniques utilisées dans le cadre de cette recherche, nous avons opté en premier lieu pour l'entretien non-directif et semi-directif avec des jeunes dépendants à l'héroïne et leurs parents, suivi du génogramme qui sera tracé par chacun des jeunes et des parents. Pour approfondir notre recherche et arriver à mieux cibler nos objectifs, nous avons choisi également de faire passer aux jeunes dépendants deux épreuves projectives : le « Thematic Apperception Test » (TAT) et le « Family Apperception Test » (FAT).

En ce qui concerne la structuration et la présentation de notre travail de recherche, nous avons choisi de passer en revue, au début, la situation libanaise au sujet de l'addiction, la politique de lutte contre la drogue et la prise en charge des dépendants aux drogues dans ce pays qui a vécu des années d'insécurité et d'instabilité à l'échelle politique.

Par la suite, le travail sera divisé en deux parties distinctes : le contexte théorique où nous exposons et discutons la littérature internationale sur le sujet de notre thèse, et le contexte pratique où se présente le travail de terrain dont l'objectif est de vérifier les hypothèses formulées.

Le travail au niveau théorique est divisé en trois chapitres : le premier chapitre porte sur le concept d'addiction, son émergence à l'adolescence, le choix de l'héroïne, la relation du sujet addicté à son corps et à la mort. Le deuxième chapitre traite l'addiction en rapport au dysfonctionnement familial au niveau de la relation à la mère, la relation au père et les liens interfamiliaux. Le troisième chapitre est consacré à la dimension transgénérationnelle des conduites de dépendance.

Dans la deuxième partie empirique et analytique, divisée également en trois chapitres, nous consacrons le premier chapitre à la problématique de la recherche, la clarification des hypothèses à vérifier, et nous terminons par une présentation de la méthodologie générale avec une description des techniques utilisées. Le deuxième chapitre correspond à la présentation de l'étude des vingt cas de notre recherche suivi d'une analyse détaillée des résultats. Le troisième chapitre est consacré à la synthèse de la recherche et la discussion qui comprend une réflexion et un regard critique au travail réalisé au cours de cette recherche. Et nous terminons avec une conclusion.

Nous souhaitons contribuer à travers ce travail de recherche à l'approfondissement de la compréhension de la dépendance à une substance aussi grave que l'héroïne, où se mélangent la jouissance et le risque de mort, dans le contexte d'un pays qui a vécu de longues années de guerre et d'instabilité dont nous subissons encore les conséquences, perçues sous l'angle du générationnel et du transgénérationnel.

Le contexte libanais au sujet de l'addiction

1- La situation générale

Le Liban, une république démocratique située dans le Proche-Orient, se trouve au carrefour de trois continents : l'Europe, l'Asie et l'Afrique .

Le Liban a traversé de longues années de guerre. Cette guerre a débuté en 1975 et s'est arrêtée en 1991 sans jamais être vraiment terminée. Ses conséquences sont toujours agissantes. Elle a fait selon les estimations entre 150 000 et 200 000 morts et 300 000 blessés.

De plus, Le Liban a joué depuis des décennies le rôle de pays de refuge pour beaucoup de citoyens des états voisins qui fuient leurs pays pour s'installer dans ce petit endroit où se trouve un espace de liberté, l'oasis des pays arabes.

Actuellement, il existe approximativement 500 000 réfugiés Palestiniens au Liban, plus que 10% de la population Libanaise. Parmi cette population, 56% sont sans emploi, et 62% vivent dans des camps. La population des Palestiniens au Liban est une population particulièrement marginalisée. Le Palestinien n'a en principe pas le droit d'avoir un contrat de travail ni d'acheter une propriété au Liban. Dans ce contexte d'instabilité socio- économique, le trafic et l'abus des drogues à l'intérieur des camps est très répandu parmi les habitants (UNRWA, 2013).

Par dessus, le Liban traverse actuellement une crise socio-économique et politique liée à l'afflux de réfugiés Syriens depuis le début du conflit en Syrie en 2011. Le nombre de réfugiés syriens au Liban est estimé à plus d'un million et demi de personnes, selon l'Agence pour les Réfugiés des Nations Unies (UNHCR). La situation de ces réfugiés est très précaire, avec des conditions sanitaires déplorables et des logements de misère. Le système national de santé au Liban est nettement débordé, même avec l'aide internationale humanitaire qui s'avère insuffisante (UNHCR, 2014).

Il n'y a pas encore eu d'étude sur l'addiction parmi les réfugiés syriens, mais ils représentent une population à risque, à cause des conditions socio-économiques défavorables dans lesquelles ils se trouvent et leur fragilité psychologique suite aux traumatismes de guerre qu'ils ont dû subir.

Concernant la situation générale en matière de drogues, les problèmes liés à l'usage des drogues au Liban semblent remonter à la période de la guerre. En effet, jusqu'en 1975, même si le Liban était un pays producteur de drogues, il était un des rares à faible taux de consommation. Cependant, avec le début de la guerre, la drogue a pris de plus en plus de place dans le rang des milices et cette situation n'a pas tardé à s'étendre à la population civile. Dans une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de militaires et de civils au lendemain de la guerre, des auteurs libanais ont trouvé que les troubles liés à l'usage de drogues sont parmi les troubles psychiques qui se sont le plus accentués durant la guerre, plus que le Syndrome de Stress Post-traumatique et les autres troubles anxieux. La situation de guerre semble avoir contribué à cette augmentation vu la facilité d'accès aux produits, la fragilité psychologique des citoyens qu'ils soient militaires ou civils, la crise socio-économique et le contexte plus permissif en temps de guerre (Baddoura, 1990).

Différentes drogues sont actuellement disponibles au Liban, notamment le haschisch, la marijuana, l'héroïne, la cocaïne, l'amphétamine, et d'autres drogues synthétiques comme l'ecstasy. D'après l'« International Narcotics Control Strategy Report 2013 », le Liban est un pays de transit pour la cocaïne, l'héroïne, et la fenethylamine (une amphétamine). Des réseaux criminels basés en Afrique occidentale, au Panama et en Colombie travaillent avec certains réseaux mafieux du Liban dans le trafic de drogue destinée aux marchés de l'Europe et des États du Golfe. Les drogues de synthèse de plus en plus disponibles au Liban, proviennent surtout de l'Europe de l'Est. La cocaïne provenant des pays de l'Amérique du Sud est également en accroissement (U.S Department of State, 2014).

Concernant la production de drogue au Liban, la résine de cannabis est principalement produite dans des champs de culture de la Vallée de La Bekaa. De plus, la production d'héroïne dans la même région est en nette augmentation.

Les demandes accrues dans les centres de traitement des addictions montrent une recrudescence dans la consommation de drogues au Liban. En 2014, le nombre de personnes souffrant d'addiction aux drogues au Liban a été estimé entre 10 000 et 15 000 personnes. Pour 58% d'entre elles, la première consommation de drogue s'est faite entre l'âge de 14 et 19 ans (Skoun, 2014).

Une autre étude nationale a exploré en 2013 l'abus de drogues et d'alcool dans plusieurs échantillons, incluant des lycéens, étudiants universitaires, patients sous traitement pour abus

de drogues ou personnes arrêtées pour consommation ou trafic, usagers de drogues non traités, ainsi que des détenus (« street users »). Cette étude a constaté que le cannabis était la drogue illicite la plus fréquemment consommée dans la population scolaire et universitaire, et les tranquillisants constituaient la substance non illicite la plus fréquemment consommée de façon abusive. Dans l'échantillon des patients traités pour abus de substance, l'héroïne était responsable de 50% des admissions pour traitement, suivie de la cocaïne (20%), et l'alcool (20%), avec un taux de récidivisme important pour les usagers de l'héroïne. La moitié des patients en traitement ont été déjà arrêtés au moins une fois par la police (Karam et al. 2013).

L'utilisation régulière du narguilé chez les adolescents, garçons et filles, est devenue un vrai problème de santé publique ces dernières années, (parmi les 29.6% adolescents scolarisés dans les écoles). Quant à lui le tabagisme semble très répandu au Liban, avec une prévalence de 53.6% dans la population adulte et de 11.4% dans la population des adolescents scolarisés (Kerbage and Haddad, 2013).

Concernant les usagers de drogues par injection (UDI), ils sont souvent stigmatisés et discriminés socialement en raison des lois et des tabous relatifs à l'utilisation de la drogue illicite au Liban. Ils souffrent souvent de désinsertion sociale, avec des taux élevés de chômage. Bien qu'il n'y ait aucune évaluation du nombre total des usagers de drogues par injection (UDI), leur nombre estimé se situe entre 2000 et 4000 personnes (UNAIDS, 2014).

2- La politique libanaise de lutte contre la drogue

D'un point de vue législatif, la loi No. 673 du 16 Mars 1998 relative aux stupéfiants et aux substances psychotropes consigne tout ce qui est en rapport avec la lutte contre la culture, le trafic et la consommation de la drogue.

Concernant la lutte contre la culture illégale de drogue au Liban, le Gouvernement a formé un comité spécial pour examiner la question des plantations d'opium et de cannabis et pour chercher à développer des programmes de prévention pour les personnes vivant dans les régions concernées. Cependant, les Forces de Sécurité Intérieure estiment avoir détruit 75% des cultures avant qu'elles ne soient récoltées. En 2012, le Conseil des Ministres a approuvé le financement de 12 millions d'euros, avec notamment un programme pour le développement de plantations alternatives. Mais malgré les efforts des autorités libanaises afin de mener un programme de destruction des plantations illégales, on trouve qu'il manque une réelle politique nationale à ce sujet, ce qui implique que les actions pour réduire l'offre et la

demande de drogue ne sont pas systématiques, mais relèvent d'initiatives isolées (European Commission, 2013).

En ce qui concerne la consommation de drogue, la loi No. 673 témoigne d'une politique de répression strictement appliquée. La simple possession ou consommation de drogue, même en quantité limitée à quelques grammes, est pénalisée tout comme le trafic lui-même. L'utilisation de drogue, ou sa possession est condamnable jusqu'à 6 mois de prison, plus une amende. La loi ne fait pas de différence entre les types d'utilisation de drogues. Cependant, les revendeurs de drogues, ou les personnes qui facilitent leur revente sont plus lourdement condamnés, avec une peine de prison allant de 6 mois à 3 ans, en plus d'une amende.

Malgré cette forte prohibition, la loi No. 673 permet aux usagers de drogues arrêtés de choisir entre la prison ou le traitement de leur dépendance à une substance. Cette loi a constitué un changement dans la façon dont l'État perçoit l'addiction, la sanction n'étant plus exercée sur la consommation qui devient perçue comme étant la conséquence d'un trouble addictif, mais sur le refus de la personne de se faire traiter pour son addiction. D'après la Section 2 sur la lutte contre les addictions, les articles 182 à 198 de ladite loi prévoient des procédures claires pour la réhabilitation des toxicomanes. Les articles stipulent également que le traitement doit être entièrement pris en charge par l'État dans les centres de soins gratuits relevant du Ministère de la Santé Publique. L'article 200 stipule que le Ministère des Affaires Sociales doit verser tous les mois une aide pour les personnes suivant ce traitement, afin de soutenir leurs familles. Toujours selon cette loi, les usagers de drogues ont la possibilité de choisir de se présenter devant le « Comité des addictions aux drogues » afin de bénéficier d'un traitement, et de se faire suivre pendant leur réhabilitation. Ce choix implique l'arrêt immédiat de toute poursuite judiciaire. Si la personne arrête son traitement avant que le Comité ait annoncé la fin du traitement, le Comité informe les autorités judiciaires, afin d'entamer de nouveau un procès.

Mais malgré la clarté de ladite loi favorisant le traitement à la poursuite judiciaire, elle est restée non appliquée de 1998 à 2007. En effet, le « Comité des addictions aux drogues » n'a été créé par le Ministère de la Justice que six ans plus tard, avant d'arrêter rapidement son fonctionnement devant l'absence d'implémentation de centres de soins publics vers qui référer les usagers de drogues. Une deuxième tentative de créer un comité a été lancée en 2009, mais ce dernier est resté également non fonctionnel (The Legal Agenda, 2013).

De même, le Ministère de la santé publique est supposé fournir des services gratuits en ambulatoire pour la prise en charge des personnes ayant une dépendance aux drogues à travers des centres de soins communautaires ou de réhabilitation, comme le stipule la loi n°673/1998. Cependant, ces centres de réhabilitation n'ont pas été formés.

Devant l'absence d'implémentation des outils nécessaires pour appliquer la loi (Comité des Addictions aux Drogues et centres de soins gratuits), les juges se retrouvaient donc devant un dilemme : si une personne arrêtée exprimait le choix et le désir de se faire traiter, elle ne pouvait le faire dans les centres stipulés par la loi, car ils étaient inexistantes. Devant cette situation, deux courants juridiques se sont distingués : le premier, caractérisé par des juges ayant une vision moralisatrice/criminelle vis-à-vis des drogues, a maintenu des jugements de sanction malgré la volonté de l'utilisateur de se faire traiter ou la présence d'un suivi par un centre spécialisé de type association privée ou ONG. Le deuxième courant a commencé à se développer à partir de 2008, sous la pression et l'influence des ONG. Ce dernier courant était caractérisé par des juges qui ont essayé de leur propre initiative, de trouver des alternatives à l'absence de comité fonctionnel et de centres de soins, et ont établi une coopération avec les centres de soins privés ou les ONG coopérant avec le Ministère des Affaires Sociales, en dirigeant certains usagers de drogues vers ces associations pour le traitement. Néanmoins, ces initiatives restaient isolées et la majorité des juges avaient recours à la pénalisation malgré la volonté de l'utilisateur de drogues à suivre un traitement ou à se faire soigner dans une association spécialisée. Durant toute cette période et jusqu'en 2013, des milliers d'utilisateurs de drogues ont été pénalisés par la poursuite judiciaire alors que la loi devrait leur assurer un traitement. Ceci a conduit à leur marginalisation, désinsertion sociale et stigmatisation, notamment par la présence d'un casier judiciaire qui constitue un obstacle majeur pour trouver un emploi après leur détention (The Legal Agenda, 2013).

Suite à la mobilisation de l'ensemble de la société civile devant l'hésitation juridique à appliquer la loi, la Cour de Cassation a émis le 03/10/2013 une décision obligeant les juges à arrêter toute poursuite judiciaire contre un usager de drogues exprimant une volonté de traitement et à le référer immédiatement au Comité des Addiction aux Drogues, sans que le juge n'ait le choix de déroger à cette décision, en appliquant le principe que « le texte juridique existe pour l'appliquer et non pour le négliger ».

A noté qu'en janvier 2013, quinze ans après la parution de la loi sur les drogues, le « Comité des Addictions aux Drogues » a été finalement créé, après que des centres de traitement gratuits avaient été rendus accessibles dans deux hôpitaux gouvernementaux « Hopital Rafic Hariri » et « Hopital Dahr el Bachek » (The Legal Agenda, 2013).

Dans tous les cas, face aux lacunes au niveau pratique dans la législation et l'application de la loi, dans le système des prisons, et dans la politique nationale, plusieurs ONG au Liban ont essayé à partir des années 90 de combler le vide à différents niveaux de prise en charge des dépendants aux drogues.

Le Ministère des Affaires Sociales, en l'absence de centres de soins relevant directement du service public, coordonne avec sept associations/ONG de fonds privés qui prennent en charge des personnes dépendantes aux drogues. Ces associations sont les suivantes : Oum el Nour (Regroupement Mère de Lumière), Skoun, JAD (Jeunesse Anti-Drogues), Cénacle de la Lumière, AJEM (Association Justice et Miséricorde), Nusroto Al Anachid, et Saadat al Sama (République Libanaise, Liste des associations pour la prise en charge des addictions, 2015).

2.1- La prise en charge des dépendants aux drogues au Liban

Les organisations non gouvernementales susmentionnées jouent un rôle important au Liban en matière de lutte contre l'abus de drogues. Elles assurent en effet des programmes de prévention ainsi qu'une prise en charge pour les usagers de drogue, que ce soit sur un mode ambulatoire ou résidentiel. Cependant, les centres disponibles sont le plus souvent regroupés dans la zone géographique du Grand Beyrouth, ce qui rend l'accès au traitement difficile dans les autres régions du pays.

2.1.1 Au niveau de la prévention

En l'absence d'une politique nationale claire, différentes ONG ont pris plusieurs initiatives à ce propos.

Oum El Nour est une des ONG pionnière en matière de la lutte contre les drogues au niveau de la prévention. Elle dispose d'un centre de documentation complet et a développé un programme de prévention basé sur l'information, l'éducation et les stratégies de développement, en partenariat avec des organisations nationales et internationales, dont les objectifs sont d'accroître la sensibilisation sociale, l'implication et la participation des

membres de la communauté dans la lutte contre les drogues, et de diffuser les informations appropriées sur l'abus de drogue. Les populations ciblées par la prévention sont celles des écoles, des universités, des différentes communautés et du grand public par le biais des médias. Parmi les programmes réalisés par Oum el Nour, le CAP (Création d'Agents de Prévention) qui vise à responsabiliser les enseignants, les éducateurs et les travailleurs sociaux pour devenir des « agents de prévention » à travers l'intégration de compétences axées sur l'apprentissage social et affectif dans les programmes scolaires notamment. En effet, il s'est avéré que la prévention la plus efficace se fait à travers l'intégration dès le plus jeune âge des compétences sociales et affectives dans le développement de l'enfant par le biais des enseignants/éducateurs notamment. Ces compétences constituent en effet des facteurs de protection essentiels contre l'usage et l'abus de drogues à l'adolescence et l'âge adulte.

Oum El Nour a également mis en place une approche alternative à la prévention des drogues à travers son programme « Sport pour un changement social ». Ce projet organise des séances de sport et des formations qui offrent aux jeunes des compétences particulières les éloignant des drogues.

Mais malgré les initiatives d'Oum El Nour et les différentes autres ONG, les programmes de prévention ne pourront se mettre en place à un niveau national et être efficaces sans l'implication et la participation de l'Etat. Celui-ci doit intervenir pour mettre en place des politiques limitant l'accès aux drogues, contrôlant les publicités, proposant une charte écrite au sein des écoles et établissant des programmes de prévention pour les familles. De même, l'Etat est censé intervenir ou collaborer avec les ONG afin de mettre en place des programmes scolaires renforçant les compétences de vie avant que les élèves ne passent en cycle secondaire, surtout devant la prévalence élevée d'abus de drogues licites et illicites parmi les élèves des classes secondaires.

2.1.2- Au niveau des traitements

A- Traitement de substitution

Un traitement de substitution aux opiacés (la buprénorphine) existe depuis 2012 au Liban, disponible uniquement par le biais du Ministère de la Santé Publique. La substitution est définie comme l'administration aux personnes présentant une dépendance à une substance, d'une substance psychoactive prescrite sous supervision médicale, reliée dans sa

pharmacologie à celle produisant la dépendance, afin d'atteindre des objectifs de traitement précis. Le traitement de substitution aux opiacés est une forme de traitement pour les personnes dépendantes aux opiacés (héroïne) et autres agonistes opioïdes, ayant des propriétés similaires à l'héroïne et/ou morphine sur les récepteurs du cerveau, qui soulage les symptômes de sevrage et bloque le « craving » des opiacés illicites, sans avoir les mêmes effets néfastes. Seuls les psychiatres ayant suivi une formation sur les modalités de prescription du traitement de substitution au Ministère de la Santé Publique peuvent prescrire de la buprénorphine.

En l'absence de centres communautaires relevant du Ministère de la Santé Publique ou des Affaires Sociales assurant la prise en charge et le suivi multidisciplinaire en ambulatoire des usagers de drogues, et donc éventuellement la prescription et le suivi d'un traitement de substitution, les usagers de drogues peuvent se référer aux alternatives suivantes:

- Une prise en charge gratuite assurée par les ONG spécialisées ayant une équipe pluridisciplinaire sur un mode ambulatoire communautaire («outpatient facility ») : Skoun, AJEM, et SIDC .
- Une prise en charge dans le secteur privé coûtant généralement assez cher, assurée par une équipe coordonnée par un psychiatre en privé.

Malgré l'initiative des ONG dans le domaine de la prise en charge des addictions et la disponibilité de la buprénorphine au Ministère de la Santé, le manque de politique nationale en matière de drogue se fait ressentir à travers l'absence de centres de traitements gratuits relevant du Ministère de la Santé ou des Affaires Sociales et distribués partout sur le plan régional.

B- Programmes de traitements résidentiels

Des programmes résidentiels de réhabilitation pour les consommateurs de drogue sont proposés par plusieurs ONG au Liban, principalement par Oum El Nour, Jeunesse Contre la Drogue, et Cénacle de la Lumière. Cependant, ces quelques centres ont une longue liste d'attente. La demande pour entrer dans un programme de réhabilitation, que ce soit par des hommes ou des femmes souffrant de dépendance aux drogues, est en augmentation par rapport aux années précédentes, mais le nombre d'individus pouvant être admis au programme proposé par l'association Oum El Nour reste actuellement stable, avec une moyenne de 85 admissions par an.

Le modèle du programme type de réhabilitation résidentielle proposé par Oum el Nour était un des motifs de mon choix pour cette association, pour le travail de recherche de cette thèse.

Le programme de réhabilitation que propose Oum el Nour est un programme d'hospitalisation en 4 étapes (de 12 à 15 mois), basé sur une approche globale et holistique de la dépendance aux drogues. Les objectifs sont d'aider les sujets à atteindre l'abstinence complète durable, de réduire les complications physiques et sociales liées à l'abus de drogues, et d'assister les patients dans la réintégration sociale. Pour cela Oum El Nour dispose d'une équipe médicale, sociale, psychologique, éducative et judiciaire. Chaque usager de drogue bénéficie d'un suivi individuel, ainsi que de différentes thérapies de groupe. Oum El Nour favorise la réinsertion sociale progressive, et aide les personnes en réhabilitation à s'orienter professionnellement. De nombreuses activités constructives et de loisirs sont proposés et permettent de contribuer à la guérison et à la réinsertion (sessions éducatives, séances de développement personnel, thérapie par les arts...).

Oum el Nour dispose de deux centres de prise en charge institutionnelle : le centre de réhabilitation pour hommes se trouvant à Sehaylé - Kesrouan, avec une capacité de 60 lits, et le centre de réhabilitation pour femmes se trouvant à Fatka - Kesrouan, avec une capacité de 36 lits.

Le but général de la réhabilitation étant d'atteindre une abstinence complète, Oum El Nour ne prend pas en charge les personnes sous traitement de substitution, celles-ci étant suivies par des programmes en ambulatoire dans les ONG concernées.

Ces deux types de traitement, résidentiel et de substitution, se basent sur des approches différentes de l'addiction, mais les deux peuvent aboutir à une réinsertion sociale du patient. En général, le choix du meilleur type de traitement dépend de chaque patient et de son choix personnel, mais également de l'ancienneté de l'addiction, du type de drogue utilisée, du profil du toxicomane et de la qualité de l'environnement.

Conclusion

Nous avons essayé de donner un aperçu général de la situation libanaise au sujet de l'addiction : la politique du gouvernement en matière de drogue, les actions mises en place pour lutter contre le trafic et l'abus de drogues, et les modalités de traitement accessibles aux usagers de drogues.

Les organisations non gouvernementales jouent un rôle important au Liban en matière de lutte contre l'abus de drogues. Cependant, la mobilisation des ONG, bien que comblant un certain vide, ne peut remplacer une politique nationale en matière de drogue qui assurerait des centres de traitement ambulatoires gratuits relevant du Ministère de la Santé et/ou du Ministère des Affaires Sociales. Une plus grande implication de la part des autorités libanaises est donc requise.

En effet, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de l'Intérieur et des Municipalités, le Ministère de la Justice, avec le support du Groupe Pompidou et du Conseil Européen, a lancé en 2015 une stratégie de « Santé mentale et Usage de substances- Prévention, Promotion, et Traitement- Analyse de Situation et Stratégie pour le Liban 2016- 2020 » dans le but de combler progressivement jusqu'à l'année 2020 les lacunes de la politique nationale existantes au sujet de lutte contre les drogues à différents niveaux, y compris accomplir les modifications nécessaires sur la Loi no 673 relative aux stupéfiants et aux substances psychotropes et son application, afin d'arriver à une approche plus humaine et thérapeutique à l'égard de la personne victime de son addiction (Substance Use Strategy for Lebanon 2016-2020).

Première Partie

Du générationnel au transgénérationnel dans la dépendance

à l'héroïne - Etudes théoriques

Chapitre I : Dépendance à l'héroïne, adolescence, corps et mort

1- La dépendance : Poison qui guérit et remède qui empoisonne.

Les conduites de dépendance sont parmi les conduites qui concernent la psychopathologie, celles qui interrogent le plus le clinicien sur les frontières entre le normal et le pathologique. Leur situation « clé » au carrefour du besoin et du désir leur confère une position centrale quant aux interrogations sur les conduites humaines (Jeammet, 2011).

1.1. La dépendance primaire, une condition humaine

L'être humain comme tout organisme vivant, est dépendant de son environnement. Pour la psychanalyse, la dépendance est un processus naturel, originel, produit par la prématurité physique et psychique de l'enfant, rendant indispensable la présence d'une autre personne pour assurer sa survie. Cette dépendance qui est optimale pendant l'enfance, évolue, dans le cas normal, pour arriver à une relation où l'interdépendance remplace la dépendance.

La question de la dépendance addictive prolonge directement la dépendance totale du nourrisson envers la « mère-environnement » dont parle Winnicott, même dans la mesure où l'enfant n'a pas conscience de son état de détresse, d'impuissance à subvenir à ses propres besoins, étant donné son état d'indifférenciation vis-à-vis du monde externe. La dépendance primaire sera paradoxalement imprégnée par la puissance et la toute-puissance paradoxale de 'His Majesty the baby' ou de l'omnipotence infantile (Winnicott, 1952).

Freud et Winnicott insistent sur la fiabilité nécessaire de l'environnement face à la menace des grandes sommes d'excitation, à laquelle le nourrisson est confronté. Dans cet état de détresse, « l'action spécifique » est un acte nécessaire à la résolution de la tension créée par le besoin, seule façon de faire cesser le déplaisir suscité par un besoin insatisfait. Avec la frustration que le nourrisson éprouve, et avec le besoin de l'objet, il passera d'un état de dépendance totale à un état de dépendance partielle. La reconnaissance de la dépendance, qui prend appui sur le ressenti corporel apparaissant lors du manque de l'objet, ne se révèle que dans l'expérience de la séparation et de la perte, de l'absence avec la production du désir, grâce au souvenir de l'expérience de satisfaction. Le danger de la perte d'amour traduirait le passage de la dépendance biologique à la réalité psychique de dépendance (Saiet, 2011).

C'est l'environnement précoce, notamment par l'intermédiaire des parents, qui aide le nourrisson à répondre aux contraintes de dépendance psychique qui pèsent sur lui.

Progressivement, celui-ci intériorise le rôle des parents pour acquérir une certaine autonomie. Cette progressive appropriation des fonctions des parents dépend à la fois de la qualité de l'apport de ceux-ci et du climat émotionnel dans lequel se développe le nourrisson. Cela aboutit à la constitution de ce que Philippe Jeammet a appelé les « assises narcissiques ». Ces assises servent de base au sentiment de continuité et de sécurité interne (Jeammet, 2011).

1.2. La dépendance pathogène

La dépendance devient pathogène quand son intensité rend la relation à l'environnement menaçante et transforme le lien d'échange et de plaisir partagé entre l'enfant et son environnement précoce en une menace permanente qu'il faut conjurer par une relation d'emprise. C'est la menace et la peur qu'elle suscite qui alimentent l'intensité de la dépendance et qui poussent la personne à se retrouver un rôle actif dans lequel la relation d'emprise occupe une fonction essentielle. Celui qui devient dépendant c'est celui qui va utiliser de façon dominante, contraignante, la réalité externe pour contrôler une réalité interne sur laquelle il ne peut pas s'appuyer car elle ne lui donne pas la sécurité suffisante (Jeammet, 2011).

La dépendance pathogène recouvre les conduites de toxicomanie, d'alcoolisme, de tabagisme et toutes celles qui entraînent une dépendance avec ou sans toxiques. On peut ainsi être dépendant à des toxiques (alcool, tabac, haschich, héroïne, morphine, cocaïne, ecstasy, ...), aux psychotropes, aux aliments (boulimie, anorexie mentale), au sexe, au travail, aux achats pathologiques, aux jeux, y compris vidéo, à l'acte criminel, aux scarifications et autres entailles douloureuses, à la relation amoureuse et transférentielle, à la psychanalyse, et à l'ensemble des conduites à risques (Pirlot, 2009).

Bien que les conduites de dépendance s'étendent à tout ce qui est susceptible de mettre le sujet dans une situation de sujétion, que ce soit une substance, une pratique ou une situation, nous nous contenterons dans cette recherche de mettre le point sur la dépendance à une substance extrêmement toxique, à voire l'héroïne, qui est un des produits de dépendance les plus virulents.

La dépendance à une substance aussi dure que l'héroïne est une manie qui empoisonne, un esclavage à un produit qui peut tuer. C'est une dépendance à la fois physique et psychique qui implique une perte de liberté. L'individu dépendant à son produit toxique, possède cet

invincible désir de s'adonner à son produit jusqu'à la perte de la liberté de s'abstenir. La dépendance est physique quand la privation de la drogue déclenche un état de manque qui se manifeste par des douleurs, diarrhées, insomnies et autres symptômes. Elle est psychique quand la privation du produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse allant jusqu'à la dépression. Le toxicomane augmente les doses et la fréquence des prises pour retrouver l'état recherché. Il finit par vivre pour et par la drogue (Assoun, 2011).

Cela fait que la résistance au besoin de consommer le produit toxique devient impossible. On ne peut plus se passer de le consommer sous peine de souffrances physiques et psychiques. La vie quotidienne tourne largement ou exclusivement autour de sa recherche.

De ce fait, l'on se demande : que cherche le sujet en se droguant, est-ce un médicament pour atténuer ses souffrances ou bien un poison pour se détruire ?

1.3. La drogue, remède ou poison?

Le toxikon, mot grec qui signifie le poison pour la pointe des flèches, désigne en général une substance toxique, et le mot drogue, d'origine néerlandaise, veut dire préparation médicamenteuse. Poison ou médicament ? Le terme anglais drug joue sur cette ambivalence car il est aussi bien employé pour désigner les médicaments que les stupéfiants. La double référence étymologique semble ainsi discerner le fait que les toxicomanes seraient des sujets qui cherchent un produit à effet ambivalent ; ils se soignent tout autant qu'ils se nuisent, et pour eux la drogue ne se conçoit pas comme un toxikon exclusif mais bien plus comme le pharmakon grec, à la fois remède et poison, substance potentiellement conservatrice et destructrice (Rado, 1975).

Edward Glover note que « l'utilisation de la drogue apparaît comme une tentative d'auto-guérison, un moyen de lutte contre la dépression. De même, les conduites toxicomaniaques pourraient constituer des tentatives d'autoprotection contre la menace de morcellement psychotique » (Glover, 1932).

Dans son ouvrage "Toxicomanies et psychanalyse - les narcoses du désir" (1987), Sylvie Le Poulichet envisage le recours au toxique en tant que dispositif d'une auto-conservation paradoxale. Partant de l'ambiguïté du "pharmakon", qui est à la fois psychotrope-remède et psychotrope-poison, elle souligne la croyance, en une « toute-puissance du pharmakon-

substance, traitant la psyché comme un organe ». Puis elle décrit deux axes selon lesquels s'organisent les toxicomanies : l'axe du supplément, mettant le sujet à l'abri de la castration, et l'axe de la suppléance, où la toxicomanie supplée à un manque d'élaboration psychique en tentant de façonner un corps séparé. Concluant à un engendrement du corps pulsionnel par le manque, elle fait de l'opération du pharmakon un processus relevant davantage de l'automédication que de l'autodestruction » (Poulichet, 1987).

De notre côté, nous voyons que l'objet d'addiction est perçu par le sujet, surtout au début, comme quelque chose qui donne sens à la vie, un moyen d'automédication, offrant l'illusion de pallier les difficultés, de soigner et atténuer des états affectifs douloureux qui lui paraissent intolérables. Cet objet même ne tarde pas à s'organiser en une solution unique dont le sujet dispose. Celui-ci ne pouvant se passer de son objet d'addiction lui donne le contrôle de sa vie et le plus souvent la clé de sa destruction.

Entre le poison qui guérit et le remède qui empoisonne, la frontière est souvent invisible. La tolérance et l'assuétude requièrent l'augmentation graduelle des doses afin de produire un effet semblable à la première ingestion. C'est le corps qui paie les dégâts et l'esprit qui se met en veilleuse (Toubiana, 2011).

La question que nous devons nous poser, avant de développer plus profondément notre problématique de recherche, se situe au niveau terminologique : quel terme utiliser pour mieux cibler la problématique que nous tentons d'étudier, « Toxicomanie », « Dépendance » ou « Addiction » ?

1.4- La dépendance, entre toxicomanie et addiction

La toxicomanie, 'manie de l'intoxication', issue du mot grec toxikon désignant comme nous l'avons vu une substance toxique (le poison pour la pointe des flèches), est définie en 1950 par l'OMS comme étant cet « invincible désir ou besoin de continuer à consommer la drogue et à se la procurer par tous les moyens » (Saïet, 2011).

Avec le temps, le terme de toxicomanie étant jugé trop restrictif, est remplacé en 1964 par une notion plus large, celle de dépendance, qui a le mérite de rassembler sous un même vocable les différentes « manies ». En fait, le terme de dépendance peut englober une multitude d'objets de passion : chacun peut en effet être tributaire, dépendant de quelque chose, être, objet, groupe, famille, institution, etc. Cependant, pouvant être attribuée à tout et n'importe

quoi, cette notion cédera en 1967 la place à celle de pharmacodépendance, terminologie qui limite la dépendance aux substances (McDougall, 1978).

La dépendance à une substance désigne un état pathologique dans lequel l'organisme ne peut fonctionner physiologiquement sans la consommation d'une certaine substance ; il faut dépenser beaucoup d'énergie pour parvenir à l'abstinence et beaucoup d'efforts pour s'en procurer. Cette dépendance se traduit par l'accoutumance, la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet, et la répétition de la consommation malgré les inconvénients, de plus d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt de la substance toxique.

En 1978, Joyce McDougall introduit dans le langage psychanalytique français le terme d'« Addiction » qui a souvent été considéré comme un anglicisme avec pour origine le verbe anglais « Addict », et qui a été actualisé par le courant psychanalytique anglais au début des années 1930, notamment avec Glover, et ensuite par les psychiatres américains dans les années 1970 (Saïet, 2011).

Avec le terme « Addiction », la conduite de dépendance, affranchie de la stricte pharmacodépendance, pour impliquer des comportements dont la nature addictive semble manifeste malgré l'absence d'un produit toxique (Pirlot, 2002).

Le choix du terme « Addiction » sera justifié si nous revenons à ses racines qui nous aident à discerner le sens profond de cette conduite.

Le mot « Addiction », trouve ses racines dans le terme latin « Addictus » qui comporte la double idée de contrainte de corps et de dette. Les esclaves romains étaient ainsi dits « addictés » ; privés de liberté, ils étaient littéralement « dits par » le maître, au sens strict d'aliénation. On retiendra donc qu'être addicté signifie, à l'origine, être « dit par l'autre ». Dans le droit médiéval, l'addiction signifie qu'un débiteur est « contraint par corps », dès lors qu'il ne peut s'acquitter de sa dette. Le créancier avait ainsi le droit de saisir la personne du débiteur, il pouvait disposer du corps et de la personne (Toubiana, 2011).

« Addictus » implique alors la dimension corporelle, le corps étant engagé comme substitut, comme gage d'une dette impayée et impayable. « Le corps crie sa dépendance fatale à l'objet, oppressé par la contrainte émanant du phénomène compulsif incontrôlable dont l'individu se sent victime » (Saïet, 2011).

L'addiction entre dans la dialectique du maître et de l'esclave dont a parlé Hegel : en devenant l'esclave du maître et en entrant en contact avec la réalité concrète du faire, l'objet toxique domine le maître – qui devient l'esclave de son esclave – puisqu'il devient dépendant de lui (Lhomme-Rigaud, 2011).

L'addicté se livre donc entièrement à son addiction, à son objet toxique, comme un esclave devant le maître, dont il est totalement dépendant pour vivre et se nourrir. Son addiction est cruciale tant physiquement que psychiquement et fait de lui, un être qui ne peut supporter le manque, et qui pour fuir la souffrance du manque s'emprisonne dans la dépendance à la demande (Toubiana, 2011).

Ce rappel étymologique du terme « addiction » permet de saisir l'essence même de la dépendance à une substance. Ce n'est plus le sujet qui va vers le toxique mais le toxique qui possède le sujet dépendant. L'activité du sujet l'addicté ne devient que sa passivité envers l'objet de son besoin ! Car l'addiction est avant tout une pathologie de la dépendance (Toubiana, 2011).

Dans notre thèse, même si nous avons adopté dans le titre le terme de dépendance, nous voyons que l'utilisation du mot « addiction » pourra nous aider à mieux désigner cette pathologie qui est la dépendance à l'héroïne.

1.5. L'addiction, une pathologie de la dépendance

L'addiction en tant que pathologie de la dépendance est cette passion envers la substance, la contrainte de la répétition, la tolérance, la hausse du dosage, l'exclusivité et la manie pour le produit. Elle fait place à un faux self, à l'angoisse de la séparation, au narcissisme dans les rapports avec les objets et à l'absence d'ancrage dans la structure œdipienne.

L'addiction semble être une sorte de décharge à travers laquelle le sujet se libère de ses tensions et troubles, c'est un mode de défense qui maintient l'équilibre psychique et réduit la souffrance. Toutefois, dans l'autre versant, la prise de substance vient éviter l'irruption de l'affect : le briseur de souci est une sorte d'écran de fumée, un analgésique engourdissant les expériences affectives, formant un rempart contre le risque d'effondrement. Pris entre deux feux, le sujet fuit la douleur première pour s'enfoncer dans une « annihilation et confusion face à l'objet » (Saïet, 2011, p. 89).

A la base, le comportement addictif s'avère être une quête d'affranchissement de la dépendance affective, mais qui conduit vers une dépendance plus aliénante au produit toxique. L'addiction semble être le refus du fonctionnement psychique axé sur la libido, et opère une transformation du désir en besoin. « Pour fuir l'insupportable de la dépendance aliénante et se produire enfin comme sujet, l'addicté se consacre entièrement à un objet [...] jusqu'à s'y perdre, ce qui, paradoxalement, entraînera sa destitution de cette position de sujet » (Saïet, 2011, p. 84).

Le sujet addicté vit dans le fantasme que l'objet d'addiction garantit sa souveraineté. Son univers est en quelque sorte une « promesse d'un paradis où l'Autre est substitué par un objet de besoin, un objet inerte qui ne trahit pas, qui permet à celui qui s'y adonne de se fixer à un lien qui tient » (Escande, 2002) avec le fantasme que c'est lui qui le domine. Cependant, sa domination de l'objet n'est qu'une illusion, parce que dans la relation objectale du sujet addicté, c'est l'objet drogue qui commande et impose ses lois, ce qui fait que le sujet addicté devient « objectalisé » et l'objet toxique devient « subjectivé ».

En effet, l'addiction se manifeste comme une entreprise autodestructrice, qu'elle s'attaque au corps aussi bien qu'au psychisme. Le surmoi tyrannique du sujet addicté le pousse à payer de sa personne, prolongeant la dette de l'addictus. Les fantasmes ordaliques sont pour l'addicté un désir de se sentir vivant par la prise à répétitions de risque mortel.

Les addictions et leurs pathologies sont de nos jours une pathologie d'actualité. Le phénomène addictif devient une réalité sociale et se justifie par sa généralité. La société moderne ne pouvant ôter les racines du mal, propose l'anesthésie par toutes sortes d'objets pour déjouer les démons émotionnels. De là, se succèdent les comportements déviants qui conduisent les individus, plus particulièrement les adolescents, dans les labyrinthes des addictions (Fernandez and Catteuw, 2002).

La dépendance à une substance ne peut exister qu'à la condition qu'elle interagisse avec la vulnérabilité de l'individu associée à un environnement facilitateur et à la prise d'une substance spécifique. Et comme précise Claude Olievenstein (1984), la toxicomanie est une « rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel » ce qui laisse conclure que la dépendance à une substance ne peut voir le jour que lorsque le terrain est préparé à ce genre de rencontre. On y trouve un mélange de vulnérabilité psychique et biologique dans la personnalité du futur addicté et une prédisposition tendancielle pour un

genre de substance addictive. On y trouve également les effets propres au produit dans leur capacité à stimuler la réceptivité du sujet. Enfin, l'environnement social joue aussi ses dernières cartes. « L'adolescence et notamment la fin de celle-ci avec la confrontation aux exigences nouvelles du monde adulte, constituait un terrain d'autant plus propice que l'évolution sociale actuelle exacerbe les effets de sollicitation narcissique » (Jeammet, 2000, p. 104).

Qu'est-ce qui fait que l'adolescence forme un terrain favorable à l'émergence de l'addiction ?

2- L'émergence de l'addiction à l'adolescence

Le terme adolescence, dont le mot latin signifie « l'âge où l'on grandit » n'est pas une période brève comme la puberté, mais une œuvre de la vie psychique impliquant les structures de la personnalité du futur adulte (Benghozi, 1999).

Ce n'est qu'à partir du XXe siècle qu'on a commencé à s'intéresser de plus en plus à une jeunesse adolescente s'accompagnant de problèmes tels que la délinquance, à psychologiser l'adolescence, qui est assimilée désormais à une période de développement très particulier, une phase indispensable de maturation psychophysiologique avant le passage à l'âge adulte. Ainsi l'adolescence commence à être assimilée à une maladie dont il faut prévenir les troubles (Benghozi, 1999).

D'un côté il appartient au destin de toute adolescence de chercher à accomplir la séparation, par rapport à son environnement et à son milieu familial, ce qui comporte l'élaboration d'une perte, d'un deuil du passé infantile et pubertaire. D'un autre côté, la société offre très généralement aux adolescents et aux post-adolescents qui ont à gérer ce deuil une manière de compensation sous la forme de ce que Guillaumin appelle un « réenchantement » par l'adhésion à des valeurs, des buts collectifs mais aussi à des conduites de dépendance addictive qui récupèrent à leur profit les énergies psychiques désorganisées qui autrement, seraient vouées à la dépression après le décollement du milieu porteur (Guillaumin, 2001).

2.1- Les mutations du corps

L'adolescent est confronté à des mutations profondes sur le plan physique, celui de ses désirs, de ses possibilités affectives, intellectuelles et à l'élargissement de ses horizons. De ce fait, l'adolescence est le phénomène d'une transformation de l'enfant, sous l'égide de la mise en pratique des fonctions génitales. Là se joue le quatuor du changement physiologique, sociologique, psychologique et cognitif (Lebovici et al. 2004).

La période de la puberté est marquée par une explosion sexuelle ainsi qu'une éruption pulsionnelle, accompagnées toutes les deux d'énormes modifications physiologiques ayant un impact considérable sur la psyché de l'adolescent. Il se sent entre autres, capable d'avoir des rapports sexuels et de procréer, d'accéder « au plaisir terminal » selon l'expression de Freud.

Mais l'image du corps étant bouleversée, les changements de l'adolescence oscillent entre le normal et le dramatique. Ainsi, l'excitation sexuelle et les modifications pulsionnelles, le corps, le deuil et la dépression, les moyens de défense, le narcissisme, l'idéal du Moi, ou encore le problème de l'identité et des identifications caractérisent le parcours de l'adolescence. En proie à ses pulsions, l'adolescent tend à rejeter ses parents dont la présence réactive les conflits œdipiens et le menace d'un inceste désormais réalisable tout en éliminant paradoxalement les bases identificatoires de son enfance, à savoir ses imagos parentaux. Tout cela survient à une grande vitesse de croisière (Bourcet et al. 2001).

En fait, l'adolescent ressent une difficulté à habiter son corps presque nouveau et qu'il sent dysharmonique. Conscient qu'il a dorénavant un but avec ses nouvelles fonctions sexuelles, ainsi que d'une complémentarité des sexes en vue de la procréation, l'adolescent est confronté paradoxalement à la solitude, à l'angoisse d'abandon, à une autoévaluation douloureuse. Le rejet de la pulsion, voire la mort, représentent alors une décharge de cette souffrance (Richard, 2013).

2.2- La perte des objets infantiles à l'adolescence

Le travail de l'adolescence, comme celui du deuil, consiste en « une perte d'objet » selon Anna Freud, au sens psychanalytique du terme, perte « des objets infantiles », qu'on peut analyser au niveau de deux sortes de perte : perte de l'objet primitif et perte de l'objet œdipien. Une des tâches psychiques centrales de l'adolescence est donc de parvenir au détachement de l'autorité parentale et des objets infantiles. Parce que l'adolescence est une

période charnière imposant un changement de l'équilibre entre le sujet et son environnement, entre le dedans et le dehors, comme de la relation avec ses parents et avec son propre nouveau corps, l'adolescence « remet en cause le rapport narcissisme – relation objectale, dépendance – autonomie » ; le psychisme est fragilisé car « fortement sollicité aussi bien dans ses assises narcissiques que dans ses investissements objectaux » (Jeammet et Corcos, 2001, p. 9).

L'adolescent en rupture avec lui-même et en conflit avec son milieu, cherchant l'autonomie pour trouver son identité, craignant par la même occasion l'abandon de l'enfance et de la sécurité parentale, se trouve dans un état de flottement, ne pouvant pas voler de ses propres ailes ni rester accroché au cocon. C'est ainsi que « l'adolescence ressemble à la chrysalide, une entité particulière entre la chenille qu'elle était et le papillon qu'elle deviendra. De l'enfant à l'adulte, l'adolescent traverse une dynamique de l'éphémère » (Benghozi, 2001, p. 27).

Dans ce provisoire qui semble éternel pour l'adolescent, la dépendance envers un objet extérieur tel que la drogue, offre une échappatoire idéale comblant l'évitement parental et le deuil de l'enfance (Richard, 2013).

On voit se former de cet objet la relation de dépendance avec ses parents, que l'adolescent fuyait. Ainsi les relations réelles font place aux relations d'emprise et les émotions sont remplacées par la quête de sensations. C'est la pente inéluctable vers une dépendance, addiction entre autres. Angoissé par les modifications pubertaires, l'adolescent se contraint à entrer dans une recherche identitaire et à remplir coûte que coûte le vide affectif qu'il a instauré par désir d'indépendance. Il semble tenir sur une corde raide. Il est anxieux exactement comme Narcisse, qui se recherche à travers le reflet de son image dans l'eau, jusqu'à risquer de s'y noyer (Benghozi, 2001).

L'adolescent n'est pas vraiment conscient de ce qu'il fait. Il est tellement centré sur lui-même, voulant fuir toute dépendance et gagner en autonomie, qu'il ignore le piège qui se referme sur lui : l'emprise de la dépendance. En effet, rien ne se perd, rien ne s'oublie, « l'adolescence réorganise l'infantile mais révèle aussi, dit Ph. Jeammet, ce qui subsiste de dépendance aux personnes clés de l'environnement » (Richard, 2013, p. 48).

Ce sont les conduites d'emprise qui deviennent la seule façon de retrouver un rôle actif face aux débordements émotionnels et aux personnes qui les suscitent (Richard, 2013).

Les problèmes qui se dessinent à la puberté, selon Winnicott, sont identiques à ceux des premiers stades de la vie, à cette différence près que grandir signifie tuer symboliquement le parent pour prendre sa place. Ph. Jeammet analyse, quant à lui, le conflit entre dépendance et autonomie à l'adolescence comme une résurgence de l'expérience infantile d'objets externes sécurisants ou non sécurisants dans une problématique assez proche de celle du processus d'individuation-séparation. Si tout se prépare dans l'enfance, tout se joue à l'adolescence, disait E. Kestemberg. L'adolescence réorganise l'infantile mais révèle aussi ce qui subsiste de dépendance aux personnes clés de l'environnement. Le pulsionnel et l'objectal font face à l'autonomie narcissique et au sentiment d'identité. Les deux axes sont forts et toute dysrégulation dans les relations précoces mère-enfant et dans la réponse maternelle aux besoins de l'enfant donnera lieu à une détresse durant la puberté qui serait de l'ordre d'une pathologie de l'agir comme l'addiction. Le refus de la dépendance affective est au cœur de nombreux troubles psychiques de l'adolescence et la dépendance à une substance pourrait bien être un moyen d'agir et tout à la fois méconnaître le besoin de dépendance envers l'objet des pulsions. L'escalade possible du haschisch pour arriver à l'héroïne, ressemble à celle du sentiment de solitude dans la consommation du produit, traduisant une régression d'un investissement objectal à un investissement narcissique (Richard, 2013).

2.3- L'adolescence confrontée aux addictions

L'adolescence est une période privilégiée pour observer les facteurs favorisant la mise en place des conduites addictives dont le processus apparaît comme indissociable de la mécanique adolescente et du travail de pubertaire. Représentant une rupture nécessaire vis-à-vis de la dépendance aux objets parentaux, dont la proximité est devenue dangereuse du fait de l'avènement de la puberté et d'une réactivation œdipienne, certains auteurs considèrent l'adolescence, dans son ensemble, comme un processus d'aménagement de la dépendance (Saïet, 2011).

La puberté exerce une contrainte sur l'adolescent. Contraintes des désirs sexuels qui s'imposent avec une génitalité qui devient possible, mais aussi des contraintes liées à l'intensité du sentiment d'impuissance devant des changements qui s'imposent à l'adolescent sans qu'il puisse ni les choisir ni les contrôler. C'est cette double contrainte liée à l'appétence et à la difficulté de la vivre et de la satisfaire qui semble être au fondement de l'avidité

addictive des êtres humains, avec cette double valence de l'impulsion et de la lutte pour la contrôler (Jeammet, 2000).

A l'adolescence, le corps s'impose comme un possible corps étranger qu'on n'a pas choisi et qui échappe à la maîtrise du fait de sa sexualisation imposée, et qu'on doit apprendre à s'approprier. L'adolescent se retrouve alors face à une contradiction qu'il risque de percevoir comme une impasse totale. Face à son sentiment d'impuissance devant tout ce qui s'impose à lui, il est à la recherche d'une force qui lui manque et qu'il cherche à l'extérieur de lui-même (Jeammet, 2000).

En tant que pratiques d'incorporation, les conduites addictives permettent à l'adolescent de combler ce manque interne, « d'abolir la dimension imaginaire du manque, de faire l'économie du désir et de la relation à l'autre » (Jeammet, 1995, p. 155). L'adolescent essaiera par son addiction de mettre en action un processus dans lequel il substituera à une relation affective vécue comme menace potentielle pour son autonomie, une relation de domination sur un objet prenant la fonction substitutive de cette relation intolérable.

Les conduites addictives permettent à l'adolescent de retrouver un lien de dépendance qui n'est pas sans rapport avec celui qu'il entretenait auparavant avec ses objets d'attachement primaire. Mais le sujet tend à ignorer la nature contraignante de ce lien et à développer au contraire le fantasme d'une maîtrise de ce néo-objet, alors que celui-ci devient un objet de dépendance, un objet de besoin.

En effet, les conduites addictives ont tendance à attirer progressivement vers elles les intérêts de l'adolescent et ce qui demeure en lui d'appétence relationnelle. Elles deviennent cette « voie finale commune de décharge de toutes les excitations » comme l'a qualifiée Bertrand Brusset (2004, p. 405).

Après avoir vu comment l'adolescence constitue un terrain favorable à l'émergence de l'addiction, et en revenant à la définition que donne Claude Olievenstein de la toxicomanie, comme étant la résultante de la « rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel », l'on se demande s'il existe une structure de personnalité spécifique de l'addiction qui s'ajoute aux structures de base classiques.

3. L'Addiction, entre structures et arrangements économiques

3.1. Le toxicomane existe-t-il ?

Les psychanalystes sont divisés sur les réponses à apporter à cette question, qui a provoqué des divergences d'opinion. Certains considèrent l'addiction comme une variante de pathologies déjà connues et qui peut se trouver chez toutes les structures de personnalité. D'autres démontrent l'impossibilité de rattacher l'addiction à une structure connue et cela par la mise en évidence de traits autonomes.

Parmi les psychanalystes qui témoignent que l'addiction peut se trouver chez toutes les structures mais de manières différentes, Jean Bergeret affirme qu'il n'existe aucune structure psychique stable spécifique de l'addiction. N'importe quelle structure de personnalité peut conduire à des comportements d'addiction, visibles ou latents, dans certaines conditions affectives et relationnelles. Selon lui, « il n'existe aucun modèle de personnalité unique qui constituerait la personnalité toxicomane. La dépendance vient seulement se greffer sur telle ou telle structure de personnalité. Il met néanmoins en évidence un certain nombre de caractères communs aux divers aménagements rencontrés dans la clinique » (Bergeret, 1982, p. 27).

Dans le même sens, Markos Zafirooulos (1988) voit que "le toxicomane n'existe pas", puisqu'il n'appartient, selon lui, à aucune classification psychique particulière. Il donne à travers son expérience d'analyste, plusieurs cas cliniques très différents d'addiction venant se greffer aussi bien sur une psychose que sur une structure névrotique ou sur une perversion. C'est aussi la position de Sylvie Le Poulichet (1987), et de Charles Melman (1989).

De son côté, Gérard Pirlot (2002) remarque que l'addiction ne modifie pas la nature spécifique de la structure psychique mais se contente d'en modifier le fonctionnement mental. L'opération addictive se situe comme une réponse à une conjoncture traumatique et conflictuelle qui en retour interroge le rapport à la névrose, à la psychose et à la perversion.

Notre expérience clinique avec les sujets addictés montre que l'addiction peut se trouver chez toutes les structures mais de manières différentes. De ce fait, on peut dire que tous les sujets addictés obéissent au concept de morbidité et sont assujettis à la dépendance d'un toxique ou d'un comportement, mais ils ne se ressemblent pas tous.

Toutefois, qu'est-ce qui pousse des sujets de différentes structures de personnalité à rentrer dans l'expérience de l'addiction et qu'en seront les effets sur chaque structure ?

3.2. L'addiction dans les différentes structures de personnalité

3.2.1- Addiction et névrose : Une tentative d'apaiser le surmoi

Il est clair d'après l'expérience clinique qu'il y a des sujets dont le fonctionnement psychique est typiquement névrotique reposant sur un fonctionnement fantasmatique basé sur l'objet perdu et le sens de la castration, qui peuvent devenir toxicomanes, d'une façon conjoncturelle (Toubiana, 2011).

Dans la névrose proprement dite, où le refoulement est le mécanisme de défense central, le toxique intervient dans un contexte où le symptôme originel est un compromis entre pulsion et refoulement, le sujet se situant dans une dialectique de désir et de culpabilité. Dans ce contexte névrotique l'opération toxique permet d'alléger le surmoi. Le mouvement vers le produit toxique dégage ponctuellement le surmoi névrotique de ses contraintes. C'est comme si le produit toxique sert à étourdir la culpabilité névrotique. On notera le trait compulsif de l'addiction qui trouve en l'occurrence un agrément dans la « névrose de contrainte ». Dans le cas de l'addiction des sujets de structure névrotique, la problématique addictive peut se soigner assez bien et assez vite, parfois sans médicament ni psychothérapie. Et de nombreux sujets névrosés consomment d'ailleurs certaines drogues de manière occasionnelle (cannabis, cocaïne, alcool, etc....) sans jamais devenir accros (Assoun, 2011).

3.2.2- Addiction et psychose : La création d'une unité imaginaire de corps

Pour le psychotique, l'objet de dépendance constitue probablement un mode de traitement de l'envahissement et de l'angoisse psychotiques. Face à des sensations de morcellement corporel, la drogue peut être utile en permettant une accroche à une jouissance de cet objet, avec la sensation de la maîtriser en la consommant. L'objet de dépendance peut ainsi assurer un certain sentiment d'existence auto-érotique, et fonctionner comme un point fixe pour le psychotique, et va permettre un certain lien social avec ses dealers et ses compagnons toxicomanes. La toxicomanie peut aussi jouer le rôle de nomination imaginaire : « je suis toxicomane » plutôt que « je suis psychotique » (Athelineau, 2010, p. 29).

Si chez le psychotique, la perte de la réalité se dédommage par la construction d'un « monde fantasmatique externe », d'un délire au moyen duquel le sujet soutient le monde rejeté où il pourrait vivre, le toxique sert à l'occasion à « équiper » le délire, mais également à l'écraser. En effet, d'une part, le toxique vient fournir une induction physique au montage délirant ; d'autre part, il vient distraire le sujet de son abatement par le délire, ainsi couvre-t-il les voix envahissantes (Assoun, 2011).

De notre côté, nous constatons que le psychotique, qui n'a pas la possibilité de sortir d'une image morcelée de lui-même, ne vit pas son corps comme une unité-imaginaire ressentie intérieurement. C'est pourquoi le fait que le produit toxique soit mis à l'intérieur de son corps est un élément essentiel pour lui. Cette prise du produit toxique tenterait de créer l'unité imaginaire du corps.

3.2.3-Addiction et état-limite (borderline) : la difficulté de franchir le stade de séparation-individuation

Dès le début, des tentatives ont été faites pour rapprocher la position addictive de la position borderline. C'est Glover qui, du côté psychanalytique, défend un rapprochement entre ces deux positions. Dans une contribution de 1933, il représente les addictions comme « de réels états 'borderline' en ce sens qu'ils ont un pied dans les psychoses et l'autre dans les névroses ». Glover ajoutait que ces états avaient « leurs racines dans les états paranoïdes, bien qu'occasionnellement un élément mélancolique domine le tableau », et concluait qu'« ils sont suffisamment du côté névrotique du développement pour préserver une relation à la réalité nettement adéquate si ce n'est l'importante exception de la relation avec les drogues derrière lesquelles repose le mécanisme paranoïde » (Glover, 1932, p. 298).

De son côté, Pirlot constate que le caractère pathogène de la relation aux figures parentales apparaît dominant chez les sujets états-limites ainsi que chez les sujets addicts, d'où l'existence d'une problématique d'identité chez tous les deux (Pirlot, 2002).

De plus, il voit que les sujets états-limites souffrent d'une véritable pathologie de l'altérité. Les difficultés de séparation d'avec les autres seraient dues chez eux à un arrêt du développement au stade de séparation-individuation. Ces difficultés de séparation seraient dues à une attitude de la mère s'étant elle-même opposée (parce que déprimée, blessée narcissiquement et/ou désirant rester en fusion avec son enfant) aux efforts d'individuation de

cet enfant l'incitant à un comportement régressif. Pour cette raison, ces sujets préfèrent remplacer la dépendance affective, qui leur fait peur, par une dépendance à un produit d'addiction inerte qui ne trahit pas. Ceux-ci se présentent comme bourreaux d'eux-mêmes, la conduite addictive servant alors considérablement à cette fin. En fait, le sentiment dépressif, la tristesse et la perception d'un vide intérieur, d'une image de soi instable et les angoisses d'abandon poussent ces sujets à des comportements addictifs et autodestructeurs (Pirlot, 2002).

L'effacement des frontières du Moi et de l'autre dans la relation à l'objet témoigne chez les sujets états-limites d'une identité diffuse et mal établie. La capacité à tolérer l'absence ne pouvant se constituer, le manque reste alors non symbolisable, de là leur goût pour les conduites répétitives d'addiction. Lorsque l'objet interne, fantasmatique, a manqué, ou encore lorsqu'un fantasme trop œdipien ou trop incestueux d'une pulsion sexuelle en a interdit l'exploitation psychique, le Moi peut utiliser le corps et ses sensations, dans les conduites addictives, comme substitut autoérotique plutôt que d'utiliser la voie fantasmatique et de représentation de la pulsion (Pirlot, 2002).

3.2.4. Addiction et perversion : Le produit toxique remplace-t-il l'objet fétiche du pervers ?

La perversion, comme structure, tend à assumer une maîtrise sur la jouissance par le déni de la castration. Dans ce contexte structural, Paul-Lorent Assoun voit que l'objet toxique a vocation à s'insérer dans un montage pervers. L'amplification de la jouissance, avec les effets du toxique, intervient en quelque sorte comme « force de frappe » dans ce plan. Il vaut en ce sens comme force d'appoint au fétiche (Assoun, 2011).

Philippe Jeammet, de son côté, parle de la dimension perverse de la conduite addictive. Pour lui, les modalités particulières d'aménagement de la relation objectale dans l'addiction à des fins narcissiques, constituent « une variante d'aménagement pervers ». Cependant, dans l'expérience addictive, avec cette "néo-relation d'objet" qui s'établit dans l'économie psychique, « il manque la dimension sexuelle et le désaveu de la castration pour parler véritablement de perversion » (Jeammet, 1990, p. 72).

Pour Fernando Geberovich, l'addiction présente une "perversion ratée" et constitue une "fausse initiation". Toutefois, « elle fait bel et bien partie de cette psychopathologie de l'acte

sur le corps, qu'il oppose à une psychopathologie du discours sur le corps » (Geberovich, 1984, p. 57).

Quant à Thierry Roth, il insiste sur le fait que le produit toxique ne peut prendre le rôle d'un fétiche vu qu'à travers son produit le toxicomane cherche quelque chose qui va au-delà d'une mise en scène pour accéder au plaisir par le déni pervers de la castration (Roth, 2014).

En guise de conclusion, nous constatons que la conduite addictive renvoie à des positions de structure inconsciente diverses et hétérogènes ainsi qu'à des fins différentes selon la structure. De ce fait, le sujet névrosé cherche à travers le produit toxique à étourdir la culpabilité et à secouer le joug de l'inhibition ; le sujet psychotique s'en sert pour faire face à son délire et créer une unité imaginaire de son corps. Le sujet borderline trouve dans le produit toxique un substitut autoérotique d'un objet interne manquant. Quant au questionnement sur la possibilité de parler d'une similitude entre la drogue du sujet addicté et le fétiche du pervers, nous trouvons que ce qui manque dans l'addiction pour la considérer comme une variante d'aménagement pervers, ce sont « la dimension sexuelle et le désaveu de la castration » (Bergeret, 1982, p. 42) qui constituent les éléments essentiels de la perversion.

3.3. Les arrangements économiques de l'addiction

A défaut d'une structure spécifique d'addiction, existent-ils des arrangements économiques particuliers chez les sujets addictés de différentes structures ?

Jean Bergeret distingue les arrangements économiques des sujets addictés et arrive à une triple constatation (Bergeret, 1982) :

- Il n'existe pas de structure psychique profonde et stable spécifique des comportements addictifs. N'importe quelle structure mentale peut donner naissance à des comportements de dépendance.
- Le comportement addictif ne modifie jamais la nature spécifique de la structure psychique profonde en cause; il se contente de modifier plus ou moins notablement le mode de fonctionnement secondaire de la structure profonde sous-jacente.
- La dépendance à un produit toxique est recherchée non seulement en fonction d'un besoin plus ou moins conscient, mais aussi, sur le registre économique latent, comme une tentative

de défense et de régulation contre les déficiences ou les failles occasionnelles que la structure profonde présente dans le cas particulier envisagé.

A la question s'il n'y a pas des cas de toxicomanies qui ne se laissent pas facilement recouvrir uniquement par les fonctionnements psychiques traditionnels ? Jean-Louis Chassaing affirme que ce sont ces toxicomanes qui sont dans un rapport à l'objet tout à fait particulier, où l'objet ne fonctionne plus du tout sur fond d'absence, avec cette métaphorisation névrotique sur fond d'objet 'a' dont parle Lacan, mais bien sur la présence ou l'absence réelle de l'objet, objet 'préhensible' et non plus seulement psychique (Chassaing, 2011).

Chassaing voit aussi que les toxicomanes sont des sujets caractéristiques d'une nouvelle économie psychique, ils sont pris dans le monde des sensations, loin des grands discours. Leur objet de jouissance n'est pas de l'ordre du semblant, et la dimension de la limite propre à la castration leur paraît fort étrangère (Roth, 2014).

De son côté, Fernando Geberovich trouve que « le traitement des toxicomanes dessine un profil clinique qui résiste aux classements hâtifs : à la limite de l'a-symbolie, le drogué ne parvient pas à s'installer dans la dépression ; vivant dans le mouvement, il ne s'accommode pas des états maniaques ; vidant de toute substance la fonction paternelle, il ne saurait pourtant se couler dans la psychose ; voué à la séduction et à l'indéfinition de l'identité sexuelle, il ne saurait pourtant être confondu avec l'hystérique ; guetté par l'effondrement psychique, il 'défonce' le recours au déni pervers. Substituant l'action à la pensée, vivant dans la destruction active de lui-même et de l'autre » (Geberovich, 1984, p. 76). Assimilable à un psychopathe sans pour autant être psychopathe, parce que bien qu'il y ait un rapprochement structurel entre psychopathie et toxicomanie, ce rapprochement semble être plutôt une conjoncture qu'une structure. Cependant, Geberovich se demande s'il y a un lien entre toxicomanie et dépression narcissique, laquelle est centrée sur un sentiment de vide et de non-sens plutôt que sur l'impossibilité d'exprimer le deuil d'un objet, d'un être perdu, et qui est plutôt en deuil de la chose qu'en deuil d'un objet. La chose en tant que demeure de la sexualité de laquelle se détache l'objet du désir, et qui révèle un sentiment de blessure indéfini, un vide essentiel, une incapacité à investir, entreprendre, créer et garder des liens (Geberovich, 1984).

Quant à Thierry Roth, il considère que les seuls sujets qu'il faudrait vraiment appeler addicts au sens fort du mot, sont dans un type de rapport à la présence et à l'absence de l'objet tout à

fait spécifique, sorte de « fort-da » réel (Roth, 2010). Ils sont dans une économie psychique basée sur l'évitement des lois du langage, dont parle Lacan, et sur un mécanisme de défense qui leur est propre, la récusation du Nom-du-Père, qui signifie une reconnaissance de cette instance prescriptive de la castration comme source du désir et de la possible jouissance sexuelle, mais pour la délégitimer et refuser ainsi toute conséquence à cette reconnaissance, d'où le rejet de la dette propre au parlêtre, et l'accrochage à une jouissance Autre que phallique dont parle Lacan (Roth, 2014).

Parmi les sujets décrits par Roth comme étant des vrais addicts, dans un type de rapport à la présence et à l'absence de l'objet tout à fait spécifique, sans doute figurent les héroïnomanes, qui rentrent dans une relation caractéristique avec un produit (objet) dont ils savent éventuellement très bien le danger qu'il présente sur leur vie, leur liberté et leur existence même, à voire l'héroïne.

Qu'est-ce qui fait qu'un sujet escalade dans sa toxicomanie pour arriver au choix de l'héroïne ? Et pourquoi nous avons choisi de concentrer notre travail de recherche sur la dépendance à l'héroïne ?

4 - L'héroïne, la pomme du paradis perdu

L'héroïne est très souvent considérée comme le seul « vrai » toxique, « la » drogue par excellence, vu sa dangerosité sérieuse et sa forte addictivité, surtout quand elle est injectée. En effet, l'héroïnomanie par injection est une forme de dépendance très particulière devenue durant de longues années le principal objet des recherches scientifiques sur les dépendances (Valleur, 2011).

4.1. L'héroïne, c'est quoi ?

L'héroïne, ou diacétylmorphine, fait partie de la famille des opiacés qui, depuis l'aube de la médecine, constituent les « briseurs de soucis » les plus reconnus, base de médications actives contre la douleur et toutes les causes de souffrance (Valleur, 2011, p. 368).

L'héroïne, dérivé semi synthétique de la morphine, fut synthétisé en 1874, et mise sur le marché des médicaments en 1898, comme antitussif et traitement efficace de la tuberculose. L'étude de ses effets et de ses modes d'action a grandement contribué à faire progresser la

science en matière de neurophysiologie, en éclairant les mécanismes du plaisir et de la douleur (Valleur, 2011).

C'est un formidable anesthésique et analgésique qui diminue et parfois annule la plupart des sensations douloureuses. Cependant, la dépendance à cette drogue est marquée par une forte tolérance. Son usage régulier entraîne une forte dépendance physique. Le syndrome de manque s'exprime par des signes physiques et un profond malaise psychologique, ce qui fait que l'héroïne devient rapidement le centre de l'existence du sujet, un besoin vital, comme l'eau ou la nourriture (Valleur, 2011).

4.2. Pourquoi l'héroïne?

La phénoménologie de la toxicomanie a été basée, durant des années, sur le discours des usagers d'héroïne. L'élection de cette drogue, plutôt qu'une autre, alors qu'existe un très grand nombre de substances psychoactives, prend son appui de l'histoire et de la culture, aussi bien que des effets pharmacologiques (Valleur, 2011).

En effet, la dépendance à l'héroïne reste l'addiction paradigmatique où se concentrent tous les paradoxes de la quête active de dépendance et du besoin de liberté, du défi et de la soumission à l'autre. En ses qualités anesthésiques puissantes, elle met le sujet à l'abri des perceptions extérieures et de toute source de stress. Elle diminue l'angoisse, les fantasmes, les rêves.

L'héroïne est un produit très actif et d'action rapide. C'est cette rapidité des effets que recherchent les toxicomanes, dans le choix du produit, comme dans le mode de consommation : la poudre peut être « sniffée », fumée (en inhalant la fumée avec une paille pendant que l'on brûle la poudre sur un papier d'aluminium), mais surtout injectée, procurant alors le « flash », sensation intense de plaisir, définie par certains consommateurs comme beaucoup plus intense que l'orgasme sexuel.

Des neurophysiologistes, partant de la toxicomanie aux opiacés, ont pu découvrir les sites cérébraux d'action de ces drogues, puis l'action des substances naturelles, qui sont en quelque sorte les morphines naturelles produites par le cerveau lors d'expériences agréables. Ils ont pu voir que l'addiction aux opiacés sert à éclairer les mécanismes du plaisir normal : Le fait est qu'il y a plus qu'une ressemblance entre ce qui se passe dans le cerveau lors d'un orgasme, et lors de la consommation des opiacés. La recherche du plaisir est l'un des plus évidents buts de l'usage d'héroïne, et l'on peut imaginer que ce plaisir ne soit qu'une compensation,

suppléance, réponse à une incapacité supposée à prendre du plaisir autrement. Sandor Rado avait d'ailleurs dès 1933 proposé le terme d'orgasme pharmacogénique en évoquant le morphinisme (Valleur, 2011).

Le plaisir des drogues dures telles que l'héroïne, bien plus actives que les produits naturels dont elles sont les dérivées, devient maître tyrannique, désir obsédant où s'engloutit l'univers psychique et social du sujet. « Éluant les complexes détours par lesquels l'être humain doit passer pour stimuler ses sécrétions internes d'endorphines, ou de façon générale les circuits cérébraux de 'récompense', le toxicomane, accédant à une 'voie courte' vers l'extase, en deviendrait définitivement étranger à lui-même » (Valleur, 2011, p. 376).

« Qu'elle soit prise dans un but purement hédonique ou au contraire, dans un but anesthésique ou d'automédication, l'héroïne devient le but et le moyen de l'existence tout entière. Toute la vie du sujet se résume alors à la poursuite de la 'came' dans une existence scandée par l'alternance du 'flash', de la 'planète' et du manque » (Valleur, 2011, p. 378)

4.3. Les effets de l'héroïne

L'héroïne injectée dans l'organisme agit sur les cellules nerveuses pourvues de récepteurs opiacés. Celles-ci communiquent entre elles par l'intermédiaire de neurotransmetteurs produits par l'organisme : les endorphines, dont la structure est très proche de celle des opiacés. Ces cellules constituent des voies neuronales du système nerveux et sont impliquées dans la perception de la douleur. Par ailleurs, certaines structures sous-corticales du cerveau intervenant dans la gestion des émotions, telles que le système limbique, se caractérisent par une abondance de récepteurs opiacés. En agissant sur ces structures, la prise d'héroïne se traduit par un effet euphorisant (Snyder, 1987).

Lorsque l'héroïne est injectée régulièrement, l'organisme diminue progressivement sa production d'endorphine ce qui provoque un état de dépendance physique face à cet agent extérieur. Lorsque cet apport est diminué ou interrompu, la dépendance devient observable à travers un syndrome de sevrage caractérisé par une envie impérative de prendre la substance, des troubles de l'humeur, des douleurs musculaires, de la fièvre, de l'insomnie et des manifestations neurovégétatives multiples. Certaines manifestations liées au syndrome de sevrage sont à l'opposé des effets de l'héroïne : alors que l'héroïne induit somnolence, euphorie et analgésie, le sevrage provoque hyperexcitation, dépression et hypersensibilité aux sensations douloureuses. Quant au phénomène de tolérance, il s'agit de l'acquisition

progressive d'une forme d'immunité face aux effets du produit. Les cellules cérébrales répondent de moins en moins à mesure qu'elles sont exposées au produit, ce qui pousse le sujet à augmenter les doses pour obtenir un même effet, le plaçant devant le risque d'une overdose (Snyder, 1987).

Concernant les effets de l'expérience de l'injection de l'héroïne sur l'état psychique et corporel du sujet, ils sont divisés en trois phases :

En premier domine une explosion de jouissance dans le corps, la tête, l'esprit, c'est ce qu'on nomme « le flash ». La chaleur voluptueuse du produit saisit le bas-ventre, remonte, envahit l'être entier en une flambée avec laquelle l'orgasme sexuel semble peu de chose (Olievenstein, 1991).

Après le flash parvient un état de « planète ». Durant deux à trois heures, mi-éveillé, mi-conscient, le sujet baigne dans une espèce de cocon d'eau chaude, comme dans le liquide amniotique dans le ventre de sa mère. Seules filtrent les sensations agréables, les autres sont rejetées. C'est là une rêverie indéterminée qui se révèle d'une incroyable richesse, d'autant que l'organisme entier, toutes les terminaisons sensibles, y concourent (Olievenstein, 1991).

Lorsque cesse l'extase, l'héroïnomane n'a plus d'autre idée que de retrouver le produit. Le piège, dès lors, se referme car, pour y parvenir, il lui faut des quantités de plus en plus importantes tandis que le plaisir s'émousse jusqu'à disparaître. Et un jour, on découvre que l'on est accroché, que le corps et la psyché sont tellement envahis, modifiés par le produit, que l'on ne peut absolument plus s'en passer. La remémoration de l'extase initiale est cruellement obsédante. Le corps, devenu dépendant, exige coûte que coûte sa dose d'héroïne, non pas pour planer ou pour avoir plaisir - on n'en éprouve plus -, mais simplement pour ne pas être trop mal dans sa peau. Le syndrome de sevrage, le manque, est typique de cette forme de dépendance : anxiété, nervosité et bâillements sont suivis, après six à huit heures, de rhinorrhée, de larmoiement, de mydriase, de tremblements et de bouffées de chaleur. Des douleurs musculaires et des crampes abdominales apparaissent ensuite, s'y ajoutent des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Le syndrome est à son apogée pendant deux à trois jours, puis les signes s'estompent et disparaissent en moins d'une semaine. A l'issue du sevrage, le sujet est souvent à la fois asthénique et hypersensible sur le plan affectif et sensoriel (Olievenstein, 1991).

4.4. Un va-et-vient entre le « flash » et le manque

L'expérience du « flash » que vit l'héroïnomane met entre parenthèses la douleur psychique, substituant une sensation à une perte traumatique. Puis l'expérience du manque révèle douloureusement un trou dans la capacité à représenter l'affect intolérable par le langage. La recherche du « flash » est bien la tentative d'inscrire psychiquement une sensation se substituant à une impossibilité de représenter. Comme le trauma, le flash qui fait effraction n'est pas assimilable par le sujet. C'est la tentative d'abolition toxique, une anesthésie, de ce qui du réel se fait présent comme douleur psychique. « A cette douleur psychique intolérable, le toxicomane substitue un moment fondateur mais déplacé sur le plan des sensations, un mytique 'premier flashe' que dès lors il voudra retrouver, non par l'évocation des souvenirs, mais au contraire par un agir nostalgique. Le flash est une trace ineffaçable qui, paradoxalement, produit un effet d'anesthésie. » (Geberovich, 2003, p. 141).

Le mouvement pendulaire inévitable flash/manque rythme l'impossibilité de l'héroïnomane d'être dans le temps et crée un avant et un après. « Comme après un bombardement, on plonge dans la survie. L'appareil psychique se restructure pour substituer l'anesthésie au refoulement, l'apaisement d'un besoin à la satisfaction d'une demande » (Geberovich, 2003, p. 142).

L'anesthésie sera un essai de défense contre la douleur d'une séparation où l'absence ne peut pas advenir. Ainsi, les doses augmentent, la santé se dégrade, l'effet diminue. Le corps s'endommage et réclame. Le sujet s'installe totalement dans le besoin (Geberovich, 2003).

La douleur psychique se caractérise par l'impossibilité de représenter ce qui la cause et qui agit comme l'ouverture d'une blessure sans localisation représentable, par où la libido se vide comme lors d'une hémorragie (Geberovich, 2003).

4.5. La transgression et la prise de risque

Interdite, dangereuse, l'héroïne est aussi une drogue de transgression et de prise de risque ; son usage est lié à la délinquance. C'est un produit risqué, dont on ne sait jamais trop ce qu'il contient, chaque shoot est un jeu avec la mort. L'overdose à l'héroïne provoque une dépression respiratoire souvent mortelle. Surtout, la mise en commun du matériel d'injection et des autres objets de préparation expose à des infections locales mais aussi à un risque très élevé d'être contaminé par le virus du sida ou de l'hépatite C.

L'intensité de la dépendance à cette substance fait que le sujet ne vit plus que pour elle, au détriment de tout investissement social et affectif, et dans le mépris de son corps et de sa santé (Postel, 1999).

L'héroïne peut être comparée à la pomme du Paradis perdu. C'est un produit fascinant, pour lequel bien des gens sont prêts à voler, à cambrioler, à tuer, à se prostituer. On meurt d'envie de la prendre, car on sait qu'elle va révéler une expérience inouïe, mais on sait aussi que l'on va être horriblement puni (Olievenstein, 1991).

La dépendance à l'héroïne ne sera pas, de ce fait, une simple expérience de plaisir mais constitue un passage à un mode de survie où la marginalité sera radicale. Ce que l'on a appelé la 'vraie drogue' devient, pour le sujet comme pour sa famille, un véritable drame existentiel. Le dépendant à l'héroïne touche le fond extrême de l'esclavage. Il n'a plus d'existence propre à lui, la poudre le gouverne tout entière. Elle le régit, le dévore et le met constamment en face à face avec la mort.

De ce fait, La question qui s'impose serait justement de savoir comment un sujet, souvent jeune, en vient ainsi à s'empoisonner, à nuire gravement à sa santé, à mépriser sa vie et à jouer inlassablement avec la mort ?

Michel M'Uzan (1976) souligne que chez ces sujets gravement addicts, le travail de la transitionnalité ne peut s'amorcer qu'à partir du travail du trépas. Le trépas n'est pas la mort, mais un lieu de passage tourné vers la mort. Trépasser est se préparer à mourir. Pour ces sujets irrémédiablement condamnés à survivre, il consiste à engager la mort comme un lieu de passage vers la vie, tel un acte d'auto-engendrement. Le travail de la transitionnalité suppose un accordage des rythmes entre la mère et l'enfant pour que puissent se rencontrer les réalités interne et externe dans un espace d'indécidabilité. Cette aire intermédiaire d'expérience, associée aux auto-érotismes, permet que l'objet puisse exister en même temps qu'il puisse être habité subjectivement. Il y a là une grande différence chez des sujets en manque de substance vitale pour lesquels l'objet investi revêt toujours un caractère empiétant et intrusif. Ce serait donc dans une confrontation au non-moi, prenant comme figure la mort, que le moi du sujet viendrait se ressourcer, ce qui représenterait une possibilité de création pour/de la subjectivité. Il semble que dans ce type de configuration psychique, le travail du trépas consiste à mettre en place une aire intermédiaire moi/non-moi axée sur un point de bascule extrême qui doit être éprouvé corporellement. Il s'agit tout au plus de voir la/sa mort, de la sentir, de l'incarner dans son corps.

5. Le corps de l'addicté, entre la jouissance et la mort, un lieu de sensations extrême

5.1- Le corps et les sensations extrêmes

Les addictions touchent le corps et l'engagent de façon spécifique, le plaçant en situation d'esclavage. Rappelons l'étymologie du mot addiction, en latin « se donner », qui inclut le corps et évoque le fait de laisser son corps en gage pour une dette impayée. Dans le droit romain c'est la contrainte du corps, imposée au débiteur (l'addictus) qui ne pouvait s'acquitter de ses dettes, il les payait de sa personne, de son corps placé en gage. En conséquence, l'emprise corporelle sur le débiteur insolvable signifiait pour lui l'emprisonnement pour sa dette (Pirlot, 2002).

Ainsi, on voit que dans l'addiction, qui implique le corps comme mode et lieu, des régions du corps peuvent être témoins d'expériences d'effractions, d'immobilisations ou de violence, comme la peau où « s'invagine » l'aiguille effractive, ou les poumons dans le « sniff », lieux des cris étouffés (Pirlot, 2002, p. 113).

L'introduction de substances toxiques dans le corps est destinée à changer de façon immédiate la « vie de sensation » selon l'importante expression freudienne : « il existe des matières étrangères au corps dont la présence dans le sang et les tissus nous fournit des sensations de plaisir immédiates qui changent les conditions de sensation de sorte que nous devenons impropres à l'intégration des motions de déplaisir » (Assoun, 2011, p. 37).

En effet, l'acte addictif qui s'exprime surtout par une recherche de sensation, joue, selon C. Smadja (1993), le rôle d'un « procédé auto-calmant ». L'addiction convoque l'excitation afin de lutter contre le vide affectif et une « dépression blanche » (Marty, 1976).

Face au défaut de sécurité interne et aux menaces d'annihilation et de confusion avec l'objet, seul le maintien d'une excitation endogène assurerait les sujets de la permanence de leur différenciation avec l'environnement. Instaurant l'autorité de la sensation, l'expérience addictive interviendrait ainsi pour compenser les défaillances de l'enveloppe de représentation, organisation dans laquelle le sensoriel fait fonction d'activité de penser (Saïet, 2011).

Lorsque la mère est défaillante dans sa fonction, apparaissent chez l'enfant des fragilités narcissiques consistant en l'absence d'un tissage d'émotions, laissant apparaître des manques qui seront comblés par des sensations. La sensation fait l'économie d'un travail de symbolisation, elle ne laisse pas de trace psychique car elle est liée à l'acte, au besoin et à la répétition. Ces accordages affectifs défectueux resurgissent à l'adolescence et font place à un accrochage à l'objet. Ainsi, pour ne pas éprouver une « insupportable faim d'objet », réactivant des sensations originaires ou bien une absence de sensation, Daniel Marcelli voit que l'adolescent va remplacer l'objet affectif, en l'occurrence la mère, par un objet concret qui est la substance toxique, qu'il pense tenir plus facilement sous emprise pour fuir la dépendance mais qui reproduit la modalité du lien originare à l'objet marquée par une dépendance irreprésentable. Pour Marcelli, la pathologie de l'addiction est d'abord une pathologie des sensations et de l'acte avec la consommation d'un objet substance (Marcelli, 1995).

Avec les conduites d'addiction, Pirlot (2009) postule, le sujet est dans l'excès, dans le registre d'une jouissance qui va au-delà d'un fonctionnement psychique qualifiant les émotions-sensations-angoisses et n'éprouvant celles-ci que sur un mode quantitatif de débordement excitationnel, nouveaux bords pour un psyché en quête de limite par où la quête de sensation court-circuite toute émotion. L'aspect compulsif des addictions, cherchant à soulager la psyché comme le corps, montre l'importance de la théorie freudienne des pulsions, particulièrement dans leurs ancrages biologiques et toxiques où la force en quête de sens et de lien avec les représentations ne peut se constituer, sinon par l'intermédiaire du corps, du geste, d'un état maniaque combattant une incapacité à penser/symboliser la perte, le manque, les deuils (Pirlot, 2009).

Dans ce contexte psychique, aggravé à l'adolescence par de réels moments de désorganisation dus aux remaniements pulsionnels et identitaires propres à cet âge, l'addiction joue le rôle de procédé auto-calmant ou de « néo-besoin » cherchant à décharger les tensions (excitations) psychiques et à masquer toute perception d'émotion, celle-ci risquant de déstabiliser la fragile architecture narcissique du Moi. La fragilité des assises narcissiques sur fond de carence présente chez les sujets addictés, en même temps que des organisations dépressives témoignant d'un sentiment de perte des objets internes, conduisent à la quête de sensations fortes et aux passages à l'acte addictifs (Pirlot, 2009).

La quête de sensation forte, selon Ch. Miel (2002), vient répondre à un excès d'excitations, d'affects douloureux qui ne parviennent pas à accéder à la représentation. Confronté à la crainte de l'effondrement, le toxicomane se reporte sur un objet concret qui fait office d'objet référent, le situant dans le registre de la nécessité, et qui a la particularité de réamorcer un fonctionnement psychique sur le mode de la satisfaction hallucinatoire, indépendamment d'une relation à l'objet de désir d'une confrontation à des fantasmes agressifs, violents. À la dialectique psychique défailante chez lui de la satisfaction et de la frustration, il substitue progressivement une dialectique négativante de l'élation et du manque qui, du fait de l'augmentation de la fréquence et de l'importance de la consommation, le conduit à l'absence de représentation et bien souvent, à terme, au néant.

Si la fonction de l'appareil psychique est de lier les charges énergétiques libres, la liaison renforçant le principe de plaisir, la compulsion de répétition montre, quant à elle, qu'indépendantes de ce principe de plaisir, ces manifestations de la pulsion de mort ne sont pas forcément en contradiction avec ce principe : « des impressions douloureuses peuvent être la source d'une jouissance intense ». Que la douleur puisse être éprouvée comme plaisir montre assez que les pulsions de mort ne se trouvent pas à l'état pur mais sont liées aux pulsions de vie (Pirlot, 2009, p. 39).

Il semble que le corps du sujet addicté lui échappe en partie et devient une scène qui lui permet de figurer les excès d'excitations à caractère mortifère qu'il porte à son insu.

Esclave de la quantité, le sujet rechercherait donc l'apaisement de l'excitation par le recours à une autre excitation, pouvant aller dans la jouissance, au-delà du principe de plaisir, vers un sentiment de toute-puissance, de fusion quasi-océanique (Cupa et al. 2010).

5.2- La jouissance destructive, au-delà du principe de plaisir

Les sujets addictés, l'on peut déduire, semblent essayer de combler par une activité relevant d'un sadisme anobjectal consécutif à un traumatisme prématuré pour le Moi, une tension d'excitation impossible à psychiser. En termes freudiens, cette compulsion signifiera la présence d'un au-delà du principe de plaisir-déplaisir rétablissant un état antérieur, fœtal, anorganique, de déliaison et de jouissance : la pulsion de mort (Pirlot, 2002).

Les addictions traduisent ainsi la potentialité humaine à se libérer des contraintes instinctuelles pour s'abandonner à des conduites d'excès, « liberté bien relative et chèrement

payée qui ne soumet le besoin au désir que pour mieux enchaîner ce dernier à la contrainte de répétition et à un jeu permanent avec la destructivité et parfois la mort » (Corcos et al., 2003, p. 76). Le but du sujet addicté sera en effet l'extinction de l'excitation, donc une jouissance qui va bien au-delà du plaisir et côtoie sans cesse la mort, dans un moment de triomphe illusoire sur le « manque » (Assoun, 2011, p. 40).

Quel manque ?

Pour Claude Olievenstein, « le manque est un phénomène actif qui renvoie à un autre manque archaïque » et c'est dans ce renvoi que se situe « la spécificité de la dépendance humaine ». « C'est du manque du manque dont le sujet a peur, et le manque devient alors lui-même objet du désir » ; et c'est « quand il est guéri du manque que le toxicomane rechute pour mieux le retrouver » (Pages-Berthier, 1993, p. 7).

Le manque en question dans l'addiction semble être le manque de l'objet. Ainsi que J. Lacan le montre : « la structure de départ de la relation objectale c'est le manque de l'objet ». « Comme la mère qui vient à manquer dans l'exemple freudien du « fort-da », l'objet doit pouvoir circuler pour laisser le champ libre au désir » (Lacan, 1956, in Pages-Berthier, p. 8). Dans cette perspective, « le manque ne peut se figurer, et lorsqu'apparaît quelque chose en son lieu et place, c'est à ce moment-là que le manque vient à manquer et que surgit l'angoisse. Le toxicomane convoque donc le manque par sa dépendance même, ce qui lui permet de retrouver « sous le masque du manque et de sa souffrance, son désir effrayant » (Ibis).

Lacan (1975) a exprimé le concept de manque dans l'addiction de façon allusive, dans une intervention improvisée en 1975, en indiquant que pas d'autre définition de la drogue que « ce qui permet de rompre le mariage avec le petit-pipi », soit le phallus, évoqué ici sous sa dénomination dans le langage enfantin. Ce qui laisse comprendre que l'usage des substances toxiques est une façon de fuir hors de l'ordre phallique. Le but du toxicomane sera de « bouchonner » le manque de ne plus manquer de rien, donc de s'exempter du manque phallique. (Lacan, 1975, p. 268).

De ce fait, le sujet addicté « s'oppose à l'exigence de la perte, de la dette symbolique, et refuse l'exigence de sacrifier la jouissance ». Il se drogue pour jouir « en payant de son corps, de sa vie, à la place d'une livre de chair ». Sa conduite s'inscrit dans la logique du « principe de destruction et non du principe de plaisir », car le monde du sujet addicté est marqué par

« la promesse d'un paradis où l'Autre est substitué par un objet de besoin, un objet inerte qui ne trahit pas, qui permet à celui qui s'y adonne de se fixer à un lien qui tient, qui, paradoxalement le maintient quelquefois en vie ». (Escande, 2002).

Donc la jouissance de l'addicté qui côtoie la destruction, est qualifiée par Lacan de « jouissance du corps ou de la Chose et de jouissance interdite ou hors-la-loi », c'est un « excès qui se loge dans un corps qui échappe à la symbolisation » (Beaumstein, 1992, p. 258).

Pour Escande « C'est la perte de l'objet primordial qui pousse à projeter un monde passé devant soi alors qu'il évoque la substitution d'un temps définitivement perdu, impossible à retrouver et surtout interdit ». (Escande, 2002)

Lacan (1959-1960) postule que « tout exercice de la jouissance comporte quelque chose qui s'inscrit au livre de la dette dans la loi. C'est probablement dans cette logique d'un prix à payer que le toxicomane se fait des trous dans le corps ». Pour lui, « se mortifier correspondrait à la mise à l'épreuve d'un châtement, d'une perspective masochiste qui, contrairement aux apparences, est la trace d'une tentative de liaison de la pulsion de mort à la pulsion de vie » (in Escande, 2002).

La jouissance du sujet addicté n'est pas une jouissance phallique marquée par la castration, c'est plutôt une Jouissance Autre, une Jouissance du corps, hors langage. Et c'est aussi une relation d'amour, un amour toxique que d'autres nomment dépendance. La Jouissance du corps est centrée par le vide de la Chose, cet objet irrémédiablement perdu de l'être parlant, la mère archaïque (Jouissance, 1999). Au contraire de la Jouissance phallique qui fait lien social, comme la brasserie de quartier ou la soirée à laquelle nous sommes conviés ce soir, la Jouissance Autre a cette propriété d'absorber le sujet, de le dissoudre dans le toxique, avec lequel il ne fait plus qu'un. Il s'agit là d'une Jouissance d'orifice, une Jouissance d'essence phallique mais qui cherche le passage à la Jouissance Autre par un orifice néoformé. Le recours à la seringue, la création de néo-orifices que l'on comble de toxique, c'est une façon de tenter de se défaire de la fonction phallique pour donner consistance à une Jouissance qui serait Autre, infinie, indicible.

Chez le toxicomane « le corps de jouissance et de chair ne serait pas perdu, ni transposé dans les images ni dans le langage » (Escande, 2002). C'est cela qui engendrerait, selon Le

Poulichet, une « forme de disparition du désir tandis que le corps n'est pas élaboré dans l'articulation des signifiants » (Poulichet, 1987, p. 51).

Dans la conduite addictive, pour Assoun (2011), il y a un travail actif de la mort et de la jouissance. Il s'agit bien en effet d'un suicide « à petit feu », l'overdose venant accélérer le processus. L'opération de la jouissance toxique se situe dans cet « au-delà du principe de plaisir », espace d'activité de la pulsion de mort, d'où procède la « plus-value » de Jouissance.

Pour Geberovich, « Si l'on considère que l'entrée dans le symbolique n'a pas été de soi, alors, une fois déplacée dans la toxicomanie, la douleur psychique fonctionne comme douleur dans le corps, calmée par un objet spécifique. Le toxicomane transforme la douleur en manque, réduit par le flash, qui vient s'inscrire là où une douleur et de l'irreprésentable appellent à un agir au lieu d'une représentation ». D'où le recours compulsif à la substance toxique qui « va procurer une jouissance qui ne nécessitera aucune activité fantasmatique » (Geberovich, 1984, p. 75).

Une substance toxique telle que l'héroïne, qui compte parmi les plus « aliénantes », semble se substituer à la substance vitale originaire et instaurer d'emblée une relation dans laquelle « l'objet est devenu pour le Je source exclusive de tout plaisir et a été par lui déplacé dans le registre des besoins » (Aulagnier, 2011, p. 81).

Les effets du produit tentent d'atténuer la souffrance psychique et substituent la jouissance au plaisir. Il se met en place, en l'absence de limite, une dialectique de la jouissance et de la douleur qui conduit au-delà du masochisme, vers l'autodestructivité. Un tel processus existe à des degrés variables dans la démarche addictive (Miel, 2003).

5.3- Prise de risque et flirt avec la mort

L'attrait pour la mort est à l'œuvre particulièrement à l'adolescence, où il paraît intimement lié à la recherche des limites qui confèrent parfois à l'adolescent le sentiment d'exister, ainsi, qu'aux nécessaires deuils pubertaires qu'il a à faire. La mort peut donc être considérée, dans ce sens, comme intimement liée à la vie (Jeammet, 1998).

Pour Ph. Jeammet (1998), l'idée de la mort est liée aux deuils qui constellent le processus adolescent : deuil du corps d'enfant, deuil des parents, en tant qu'objets d'amours infantiles, deuil lié aux pertes et séparation inhérentes à un nouveau rapport au monde que l'adolescent a à se construire. L'attrait de la mort pour l'adolescent serait une manière de surcompenser son

impuissance face à ses deuils pubertaires, et face à la dépendance affective fortement ressentie pour ses objets d'amour infantiles, desquels il se détache difficilement, ou desquels il ne peut pas se détacher. La mort sert d'écran aux désirs amoureux et aux perspectives de fantasmes incestueux ou de séparations qu'ils contiennent. La mort sera une tentative pour exercer une emprise sur ce qui échappe au sujet et qu'il ne peut maîtriser. Pour Jeammet, la démarche de nombre d'adolescents pourrait être : « Cette récrimination – je n'ai pas demandé à vivre – peut entraîner en miroir cette fascination – mais je peux décider de mourir » (Durastante, 2011, pp. 144-145).

Les dommages que peut réaliser l'adolescent sur son corps, « comme des formes substituées des dépressions qu'il réfère au narcissisme de mort », selon A. Green, et à « des deuils blancs et inaccomplis que Nicolas Abraham et Marie Torok qualifient de fantômes ou de cryptes. La haine de soi qui est omniprésente, tout comme la haine qui s'adresse aux autres, est une idéologie du ressentiment qui, selon Jacques Hassoun est la conséquence d'un préjudice subi ou fantasmé au temps de l'enfance » (Rado, 1975, p. 613).

Pour la métapsychologie freudienne, c'est la compulsion à la répétition qui révèle le mieux les effets de la pulsion de mort sur le sujet. Et cette compulsion à la répétition est à l'œuvre surtout dans les comportements addictifs (Toubiana, 2011).

L'idée que la pulsion de mort se met à l'œuvre dans l'expérience addictive ne se confond pas nécessairement avec un désir de mort réelle, bien qu'elle puisse y participer comme dans les conduites ordaliques. Le désir de mort réelle peut être plus ou moins marqué, et dépend à la fois des possibilités existantes relatives au masochisme érogène et susceptibles de contenir les pulsions de mort et de favoriser l'émergence représentative, comme des aptitudes psychiques pouvant être mobilisées dans l'accomplissement du travail de deuil et le dépassement de situations traumatisantes. En outre, la succession d'événements traumatiques fragilise davantage l'appareil psychique et contribue à mettre la conduite addictive au service de la pulsion de mort. (Miel, 2003).

Le produit toxique se met au service de la pulsion de mort qui vise à l'anéantissement du Moi. Les propos des sujets addictés comme leur parcours de vie témoignent régulièrement du retournement des pulsions de destruction vers le Moi. Les fréquentes conduites à risque, les atteintes physiques diverses, les expériences d'overdoses, le désintérêt pour son corps, rendent

compte du déplacement de la problématique narcissique vers un mal-être corporel (Miel, 2003).

En effet, l'addiction se manifeste comme une entreprise autodestructrice, attaquant le corps et le psychisme. Derrière toute addiction, on trouve « la mort en perspective », un travail de sape mené sous l'égide de la pulsion de mort, même si, en amont de ce fantasme de destruction, l'économie addictive organise et relève toujours d'une automédication, d'une fonction thérapeutique (Saïet, 2011).

Pour Drieu et Corbin « ces jeunes paraissent hantés par un originaire traumatique qui les pousse à se confronter dans des comportements en escalade à la vie et à la mort. La violence d'incorporations traumatiques, ces lacunes dans la transmission les poussent vers des conduites de type ordalique, leurs souhaits de mort leur paraissant plus maîtrisables que l'incertitude de tout autre projet » . (Drieu & Corbin, 2010, p.903)

Dans l'addiction à l'héroïne, le recours à la voie injectable est un facteur qui augmente considérablement le risque de mort. Les dangers sont par cette voie majoritairement infectieuse, liés au partage des seringues entre usagers et aux conditions d'hygiène entourant souvent l'injection. Hépatites virales, contaminations par le virus du Sida, infections des valves cardiaques, phlébites et risques d'embolie, sont les risques courants liés au « shoot » (Valleur, 2011).

Un autre risque tient à la qualité du produit lui-même : l'héroïne « de rue » ne contient généralement qu'un pourcentage minime de produit actif, et le « coupage » lié au trafic illégal du produit, est plus ou moins important et dangereux. Dangereux quant à la nature des produits ajoutés (sucre, farine, mannitol...et parfois même de la strychnine), mais aussi par la grande variation du pourcentage réel d'héroïne d'une dose à l'autre. Le toxicomane ne sait jamais ni dans quelle proportion ni avec quoi son produit est mélangé. Cela peut être à l'origine d'overdoses chez les héroïnomanes même les plus avérés. Il est toujours possible, dans un geste de défi au destin, de s'injecter n'importe quoi, comme certains jouent à la roulette russe. L'overdose peut ainsi en venir à tenir une place ambiguë dans le parcours de l'héroïnomane, en tant que modalité d'une conduite ordalique. L'héroïne, c'est donc d'abord du plaisir et de la sensation, puis de l'anesthésie et un objet de besoin. C'est aussi par son statut social, un produit hasardeux, risqué, interdit qui représente une prise active de risque et une transgression recherchée. Le vécu quotidien de jeu avec la police, s'ajoute à cette

dimension de risque, et ceci explique pourquoi les psychopathes ou les personnalités de type antisocial sont surreprésentés chez les héroïnomanes. Cette dimension de risque recherché, cette dimension de conduite ordalique, est essentielle à la compréhension des addictions (valleur, 2011).

Partant de la métaphore de l'ordalie (ou jugement de Dieu), Marc Valleur et A. Charles-Nicolas regroupent sous le concept de « conduites ordaliques » les conduites à risque des sujets addicts. « Le fantasme ordalique, consistant à s'en remettre à une puissance extérieure et absolue, permet à l'adolescent d'invalider le père comme dépositaire de la Loi, tout en recherchant un code plus fondamental, ce qui vient limiter sa position infantile de toute-puissance ainsi retrouvée. Dans ce défi à la loi et à l'interdit que constitue le vécu ordalique, le sujet tente de reprendre le contrôle de sa vie, après avoir « touché le fond » d'une épreuve de mort, suivie d'une régénérescence » (Pages-Berthier, 1993, p. 7).

Pour Valleur et Charles-Nicolas, le sujet addicté, de par le manque d'élaboration des deuils, aurait tendance à s'identifier – jusqu'à se confondre – à des objets morts. Ne mesurant pas les risques encourus et les situations de danger dans lesquelles il place sa propre vie. Il semble à la recherche d'un acte lui permettant de triompher de la mort, en exprimant des conduites ordaliques porteuses d'un défi et d'un pari vis-à-vis d'une toute puissance à laquelle il s'affronte (Saiet, 2011).

Pour Charles-Nicolas « La destruction réelle n'est pas d'emblée recherchée en tant que telle par l'ordalique. La conduite ordalique nous apparaît au contraire comme une défense contre les pulsions destructrices et autodestructrices. L'ordalique risque de tuer l'être pour préserver le Moi. Car c'est parce qu'il compte bien se refaire qu'il passe outre la demande de l'Autre ». (Charles-Nicolas, 1985, p. 207).

L'ordalique joue également la mort contre la psychose pour tenter de dépasser le lien de dépendance à la mère trop fusionnelle. Dans la psychose, la tentative ordalique a échoué. Ainsi risquer la mort témoigne d'une tentative active d'assumer sa vie. Approcher la mort permet au toxicomane de « tuer l'autre en soi ». Il réalise ainsi un fantasme d'auto-engendrement et accède à une certaine forme d'autonomie (Lhomme-Rigaud, 2011, p. 104)

Ainsi, à travers les conduites ordaliques, l'autodestruction qui semble visée n'est qu'un leurre. La prise de risque mortel constitue pour le sujet addicté « un moyen paradoxal de se sentir vivant, par le biais d'une apparente recherche de la mort » (Pages-Berthier, 1993, p. 8).

Conclusion

Comme nous avons pu voir, la dépendance est un processus naturel produit par la prématurité physique et psychique de l'enfant, rendant indispensable la présence d'une autre personne pour assurer sa survie. Elle devient pathogène quand son intensité rend la relation à l'environnement menaçante et transforme le lien d'échange et de plaisir partagé entre l'enfant et son environnement précoce en une menace permanente qu'il faut conjurer par une relation d'emprise.

Dans un tel contexte psychique, aggravé à l'adolescence par de réels moments de désorganisation dus aux remaniements pulsionnels et identitaires propres à cet âge, l'addiction joue le rôle de procédé auto-calmant ou de « néo-besoin » cherchant à décharger les tensions (excitations) psychiques et à masquer toute perception d'émotion, celle-ci risquant de déstabiliser la fragile architecture narcissique du Moi.

Les addictions engagent de ce fait le corps et constituent une pathologie de l'excès. La recherche des sensations jouissance-mort chez le sujet addicté, notamment l'héroïnomane, semble avoir pour fonction de pallier l'effondrement psychique dans une quête de plaisir sans limite, où semblent s'imbriquer le refus de la frustration causé par l'intolérance au manque qui prend la forme d'une carence insupportable, génératrice d'angoisses de mort.

Le choix de la dépendance à l'héroïne comme sujet de recherche était motivé par la nature spécifique de ce produit toxique, dont la consommation, surtout par injection, constitue l'addiction paradigmatique où se concentrent tous les paradoxes de la quête active de dépendance et du besoin de liberté, du défi et de la soumission à l'autre. En effet, la dépendance à l'héroïne se manifeste comme une entreprise autodestructrice, attaquant le corps et le psychisme. Ce que l'on a appelé la « vraie drogue » devient, pour le sujet comme pour sa famille, un véritable drame existentiel. Avec l'héroïne le sujet touche le fond extrême de l'esclavage et se met constamment en face à face avec la mort.

La grande majorité des psychanalystes se mettent d'accord que l'environnement précoce, le climat émotionnel dans lequel se développe l'enfant, jouent un rôle essentiel dans la genèse des addictions. Cela nous fait poser la question à savoir si la toxicomanie d'un sujet quelconque n'est-elle que la partie visible de l'iceberg comprenant l'objet, le sujet et le rapport à l'autre, et si l'expérience toxicomaniaque ne renvoie-t-elle pas à une phase

archaïque constitutive du psychisme qu'elle tente de prolonger au détriment de l'épreuve de la réalité?

Nous tenterons, dans le deuxième chapitre de trouver quelques réponses à notre questionnement.

Chapitre II : La dépendance à l'héroïne, une solution au dysfonctionnement des liens dans la famille ?

1- La dépendance à l'héroïne, une recherche impossible de l'objet primaire

L'évolution des théories de la relation d'objet commence avec l'histoire de la psychanalyse elle-même. C'est un long et difficile parcours partant des premières idées de Freud, exprimées dans « Projet pour une psychanalyse scientifique » (1895b). Les liens entre relation d'objet, pulsions, affects, formation de la structure psychique et sens du soi ainsi que les rapports entre processus intrapsychique, relation d'objet et relations interpersonnelles sont des sujets éminemment discutés (Tyson and Tyson, 1996).

La relation d'objet, du point de vue psychanalytique, est le rapport qu'a un sujet avec les objets qui constituent le monde dans lequel il vit. Ce monde est d'essence tout autant interne qu'externe. L'objet est toujours objet de la pulsion dans le sens où il est ce par quoi celle-ci tend vers la satisfaction.

L'addiction à la première des dépendances, celle du nourrisson envers sa mère, l'objet primaire, renvoie à la théorie freudienne sur l'état de détresse, de dérégulation due à l'impuissance du nourrisson, et la prématurité du nouveau-né. Ainsi la dépendance s'observe lorsque l'objet de dépendance, venant à manquer, la détresse déborde le sujet. (Pirlot, 2009).

La complexité de la notion d'objet tient à la terminologie multiple à laquelle elle donne lieu puisque nous passons de l'objet externe initialement posé, en la personne de l'autre, à l'objet interne, constitué de l'introjection des expériences relationnelles à l'objet et des représentations qu'elles induisent (Miel, 2002).

Dans ce chapitre, l'attention sera portée en premier lieu sur la constitution des objets internes qui entretiennent le processus identificatoire, et sur la signification de l'objet drogue dans l'économie psychique du sujet addicté.

1.1. La mère « suffisamment bonne »

Pour Freud (1967), « dans une première phase de l'existence, le nourrisson est totalement dépendant d'autrui pour satisfaire ses besoins internes ». C'est à travers l'aide d'un autre que l'enfant peut faire disparaître son état de tension. « Une composante essentielle de cette

expérience de satisfaction du besoin serait l'apparition d'une certaine perception, une image mnésique associée à cette perception, restant à son tour reliée à une trace mnésique de l'excitation du besoin ». (Freud, 1967, p. 301)

Freud précise aussi que « Chez le nourrisson, on trouve confondu ce qui ultérieurement sera séparé. Il ne peut encore distinguer l'absence temporaire de la perte durable ; dès l'instant où il perd de vue la mère, il se comporte comme s'il ne devait plus jamais la revoir. » (Freud, 1965, p. 100)

En outre, Freud développe une théorie de l'avènement du psychisme où il est question de la mise en place de la représentation face à la perte de l'objet, sur fond d'articulation du principe de plaisir et du principe de réalité. Il conçoit à l'origine l'existence d'un Moi-plaisir qui introjecte ce qui est bon et rejette ce qui est mauvais. Ce jugement d'attribution régi par le principe de plaisir permet une différenciation du dedans et du dehors. Il précède le développement du Moi-réel définitif sous l'impulsion du principe de réalité, à l'occasion des expériences de frustration (Miel, 2002).

Le caractère organisateur de la perte d'objet permet l'accession à la représentation, la mise en place de la réalité et de l'objet externe. Des expériences satisfaisantes donnent lieu à la constitution d'un « bon objet interne » qui aidera à supporter les moments d'absence de l'objet externe. Des défaillances dans l'objet externe suscitent au contraire une projection des mauvais objets persécuteurs sur l'extérieur (Miel, 2002, p. 9).

Winnicott, de son côté, parle de la mère « suffisamment bonne » qui est une personne qui s'adapte activement aux besoins de l'enfant. Il précise que la propre mère de l'enfant est la plus susceptible de se présenter comme « suffisamment bonne » et que son adaptation active nécessite qu'elle s'occupe de l'enfant tout naturellement et sans hostilité. La réussite des soins donnés à son enfant dépend du dévouement, et non de l'habileté ou des lumières intellectuelles. Cependant, l'adaptation de la mère va décroissant à mesure que se développe chez l'enfant l'aptitude croissante de s'accommoder de la défaillance maternelle et la capacité de tolérer les conséquences de la frustration. Si tout se passe bien, l'enfant peut bénéficier de l'expérience de la frustration, puisqu'une adaptation incomplète au besoin rend les objets réels, c'est-à-dire haïs aussi bien qu'aimés (Winnicott, 1969, p. 51-52).

Au début, en s'adaptant presque totalement, la mère permet à l'enfant d'avoir l'illusion que son sein à elle fait partie de lui. Le sein est pour ainsi dire sous le contrôle magique de l'enfant. La même chose s'applique en général à tous les soins maternels. La mère aura finalement pour tâche de désillusionner l'enfant progressivement, mais elle n'y réussira que dans la mesure où elle aura su lui donner tout d'abord des possibilités suffisantes d'illusion (Winnicott, 1969, p. 53).

En ce qui concerne l'objet transitionnel, comme le précise Winnicott, c'est « un endroit de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine incessante qui consiste à maintenir la réalité intérieure et la réalité extérieure séparées et néanmoins en étroite relation ». Avec l'objet transitionnel, le bébé est dans l'illusion d'avoir créé l'objet « non-lui » nécessaire à sa survie. Egalement, avec cet objet, il doit franchir l'aire d'illusion, pour parvenir à différencier la réalité subjective et la réalité partagée. Petit à petit, sa mère en reculant pour lui laisser le champ ouvert, l'amène à une dépendance relative dans laquelle précisément elle lui lâchera la main (Winnicott, 1969, p. 17-18).

Les phénomènes transitionnels représentent les premiers stades de l'utilisation de l'illusion sans laquelle un être humain n'attribue aucun sens à l'idée d'une relation avec un objet perçu par les autres comme extérieur à lui. L'objet transitionnel de l'enfant est d'ordinaire désinvesti graduellement, surtout à mesure que croissent les intérêts culturels (Winnicott, 1969, pp. 54-54).

De ce fait, pour Winnicott, sur le plan de psychopathologie, la toxicomanie se définit en termes de régression au stade primitif, où les phénomènes transitionnels ne sont pas contestés (Winnicott, 1969, p. 63).

Cela nous mène à évoquer la notion de la défaillance de la fonction maternelle, ses dimensions ainsi que ses conséquences, notamment au sujet de la problématique addictive.

1.2. La défaillance dans la fonction maternelle : Mère mal perdue - mal trouvée

Une faille dans l'organisation de la relation primaire empêche l'accordage suffisant entre mère et enfant – excès de frustration d'absence, de récompenses, dysrythmie des échanges. Cette faille fait que la rencontre mère-enfant ne soit pas féconde et, durant l'absence maternelle, l'enfant ne peut faire facilement appel au développement de ses auto-érotismes en lien avec la représentation de l'objet absent. Il sera obligé d'utiliser d'autres moyens : les

procédés auto-calmants et les néo-besoins qui procurent la décharge de la tension. De ce fait, l'objet existant, frustrant, ne peut être introjecté, il sera alors incorporé comme objet source d'identification narcissique aliénante (Bourdellon, 2004).

Le sujet addicté trouve une difficulté dans la différenciation progressive entre l'objet de besoin et l'objet de désir, précise G. Bourdellon, La psyché maternelle dépressive ou en conflit avec ses propres objets internes offre l'image d'un objet réel fragile ou peu disponible. Ainsi, la relation à l'objet primaire reflète chez le sujet addicté un vécu abandonnique, surtout que les moments d'attention maternelle expriment davantage des préoccupations narcissiques qui ne prennent pas en considération le désir propre de l'enfant. Face à une défaillance du lien objectal, le sujet développe une dépendance narcissique à un objet externe, et c'est lors d'une perte ou menace de perte de l'objet narcissique d'étayage qu'une conduite addictive peut s'établir. La drogue aura pour rôle de boucher le trou, de panser la blessure narcissique. L'appétence objectale sera vécue comme une menace narcissique et le Moi y répond en y substituant un objet d'addiction qu'il maintient sous sa maîtrise (Bourdellon, 2004).

La création d'un espace d'échanges comme préalable à la différenciation sujet/objet et à la constitution d'une trame narcissique servant de fondement au sentiment de continuité de soi, se trouve alors défaillant chez le sujet addicté. Le recours à la drogue témoigne d'un échec de la fantasmatisation et de l'internalisation de l'objet. La rencontre avec l'objet addictif peut répondre trop immédiatement, trop adéquatement au besoin d'apaisement de la souffrance liée à une faille développementale de la psychonévrose. L'incorporation du produit toxique inscrit le sujet dans le registre du besoin qui lui permet de faire l'économie du désir tout en lui permettant d'accéder à un au-delà du principe de plaisir, à un état de jouissance au travers des modifications de l'expérience perceptive et sensorielle (Bourdellon, 2004). La clinique psychopathologique des sujets addictés démontre le recours à cet objet externe concret face à ce que Winnicott appelle la crainte de l'effondrement, qui signifie une défaillance subite de l'organisation défensive qui, devant un flot important d'excitations internes, confronte le sujet à un moment donné, où les possibilités de représentation font défaut, à une expérience de l'ordre de l'impensable à laquelle la consommation de produit toxique tentera de remédier. Le bénéfice obtenu sera le déplacement des affects de détresse sur cet objet concret. Un tel déplacement de la dynamique psychique sur l'objet concret offre en outre l'illusion d'une pseudo-maîtrise de la situation puisque l'impensable se trouve désormais tributaire de la prise de produit toxique (Bourdellon, 2004).

Joyce McDougall avance, de son côté, que dans les conduites addictives, une défaillance de l'étayage maternel ne permet pas à l'enfant d'élaborer les processus de séparation. En raison de ses angoisses ou de ses désirs inconscients, une mère peut inhiber la maturation de son nourrisson et induire une relation addictive, tant à sa présence qu'à ses soins, relation addictive qui entrainerait chez l'enfant l'impossibilité de développer ses propres ressources psychiques. En l'absence d'une représentation interne de sa mère lui permettant de supporter les états de tension et souffrance psychique, le sujet sera dans l'obligation de chercher un substitut des objets internes manquant, comme le nourrisson, dans le monde externe (McDougal, 1982).

En effet, faute d'accompagnement maternel primaire adéquat, l'objet externe, mal trouvé et par là même mal perdu, les objets internes mal créés, l'investissement de cet objet primaire distordu, par trop nostalgique, aura du mal à être inhibé et se fera au détriment de l'investissement narcissique secondaire. Alors, l'objet primaire, l'objet de désir, qui n'a pas pu être constitué comme objet perdu, ne peut être ni représenté ni retrouvé. Le sujet sera confronté au manque, au vide à combler. Il y aurait discontinuité du sentiment d'être et tentative d'y faire face par la quête répétitive d'une satisfaction qui n'a d'effet que provisoire, qui relance l'insatisfaction (Mijolla and Mijolla-Mellor, 1997).

La conduite addictive établit ainsi un pseudo-objet sous contrôle : dans cette perspective, l'objet d'addiction s'offre comme néo-objet de substitution, toujours à disposition, maîtrisable, n'apportant aucune confrontation à la différence et évitant ainsi les angoisses de séparation et de castration. L'addiction paraît ainsi comme la négation du fonctionnement psychique reposant sur l'investissement libidinal de l'objet, en opérant une réduction du désir au besoin, de l'autre à un instrument, de l'objet perdu à un objet matériel toujours remplaçable. Pourtant, en raison des défaillances d'introjection, la solution addictive ne pourra que se transformer, à son tour, en contrainte pour le Moi. Pour fuir l'insupportable de la dépendance aliénante et se produire enfin comme sujet, le sujet addicté se consacre entièrement à un objet jusqu'à s'y prendre, ce qui, paradoxalement, entrainera sa destitution de cette position de sujet (Saïet, 2011).

Le produit toxique consommé d'une manière compulsive permet « de récupérer artificiellement et magiquement les traces des expériences les plus basales non symbolisées et perdues par traumatisme ». (Ravit, 2004, P. 57)

Dans les addictions sévères, comme l'héroïnomanie, se pose alors le problème de la qualité de ce lien à l'objet primitif où l'on trouve « des distorsions dans la construction des couples d'opposition plaisir/frustration, présence/absence, dedans/dehors. La discrimination entre bons et mauvais objets internes s'estompe du fait que la qualité du premier objet introjecté ne peut « détoxiquer » l'expérience émotionnelle... Le lien à l'objet, remède et toxique à la fois, permettrait de dissocier d'une part le mauvais, le dehors référé à la cruauté de l'objet, et d'autre part, le bon, le dedans, référés à l'expérience hallucinatoire ». (Ravit, 2004, pp. 60-62)

L'objet toxique vient en effet répondre à un excès d'excitations, d'affects douloureux qui ne parviennent pas à accéder à la représentation. Confronté à la crainte de l'effondrement, le sujet addicté se reporte sur un objet concret qui fait fonction d'objet référent, le situant dans le registre de la nécessité, et qui a la particularité de réamorcer un fonctionnement psychique sur le mode de la satisfaction hallucinatoire, indépendamment d'une relation à l'objet de désir d'une confrontation à des fantasmes agressifs, violents. À la dialectique psychique défailante chez lui de la satisfaction et de la frustration, le sujet addicté substitue une dialectique négativante du manque qui, du fait de l'augmentation de la fréquence et de l'importance de la consommation, le conduit à l'absence de représentation et bien souvent au néant (Miel, 2002).

Nous pouvons donc dire que grâce à l'objet drogue, le sujet n'éprouvera plus jamais la déception de l'objet ayant fait défaut dans son psychisme. Tout affect menaçant sera déchargé dans l'acte addictif, se constituant en néo-besoin permettant une réponse immanente sur le modèle de la satisfaction primaire du besoin.

1.3. L'échec des processus d'individuation-séparation, un stade du miroir brisé

Didier Anzieu évoque les processus d'individuation-séparation en mettant l'accent sur le « Moi-peau » comme système de protection de l'individuation du sujet en même temps que comme instrument et lieu d'échange avec autrui. Il assure une certaine plasticité d'un fonctionnement psychique en différenciant les domaines du dedans et du dehors tout en permettant des échanges entre ces espaces. Pour Anzieu, s'il y a un manque d'expériences adéquates au moment opportun du développement de l'enfant, le « Moi-peau », comme structure intermédiaire de l'appareil psychique, se trouve altérée (Anzieu, 1995). Cela ouvre la voie à des pathologies diverses, y compris les conduites addictives.

Dans les conduites addictives on retrouve ainsi une pathologie des limites avec inachèvement du processus de séparation d'avec l'objet, et des zones de confusion et d'empiètement

récioproques. Cette problématique peut être exprimée en termes de séparation-individuation, d'identification projective, et de pathologie narcissique. Elle reflète toujours une faille narcissique, rendant difficile l'élaboration de la séparation et de l'angoisse de castration (Le Poulichet, 2000).

En effet, on aperçoit qu'un grand nombre de cliniciens ramènent spontanément les conduites addictives à une régression au lien originaire à la mère, à ce que Lacan appelle « nostalgie de la mère » (Lacan, 1938). Les sujets addicts chercheraient à réitérer un certain mode de jouissance qu'exprimerait, par exemple, la notion de « sentiment océanique » d'union avec « le Grand Tout » comme le suggère Freud (1929), présent dans les expériences addictives ou dans le sentiment d'apaisement et de bien être qu'offre l'acte addictif. Les sujets dépendants tentent de récupérer l'objet primaire. De ce fait, l'objet d'addiction devient le témoin d'une impossible séparation, il perpétue la dépendance à un objet transformé en un objet de survie. Le maintien de cet état d'indifférenciation totale favoriserait la pathologie sous-jacente du sujet dépendant, qui conserve une partie de lui-même où il est resté un bébé, avec les besoins, les fantasmes et les modes d'agir du bébé (Saïet, 2011).

Winnicott fut le premier qui a cherché à théoriser cette « régression à la dépendance », en insistant sur la fonction de déni de la séparation de l'objet addictif. Conçus comme symptomatiques d'un non accès aux phénomènes transitionnels – phénomènes assurant ordinairement la transition entre l'indifférenciation mère-nourrisson, l'internalisation de l'objet et l'organisation de la relation d'objet, dont l'objet transitionnel se fait témoin – les objets d'addiction maintiendraient l'illusion que sujet et objet, de même que tout sentiment et toute pensée, sont identiques (Saïet, 2011).

Margaret Little, élève et analysante de Winnicott, fait cas de l'existence d'une croyance inconsciente chez le nourrisson en une unité avec la mère, qu'elle nomme « unité de base », et qu'elle considère comme le fondement de la santé mentale. Si « l'unité de base » n'a pas été normalement vécue du fait de certaines vicissitudes ou perturbations venues l'affecter, il persisterait une non intégration primaire qui irait se traduire par tous ces phénomènes de dissociation décrits par Winnicott comme étant à l'origine d'angoisses indicibles liées à la crainte de l'effondrement (Little, 1981).

Selon Little (1981), dans les conduites d'addiction, le sujet dépendant n'a pas pu suffisamment vivre cet état d'union complète entre la mère et le nourrisson. Il y a eu une faille dans l'attitude de la mère avant que celle-ci n'ait été perçue par le nourrisson en tant que

personne distincte. Une défaillance ou une inadéquation de l'environnement primaire induit une « perturbation de l'unité de base » qui rend le sujet incapable de considérer la survie comme une réalité psychique. Ainsi, dans sa vie d'adulte et avec son corps d'adulte, il continue à vivre les événements de sa première enfance. Il est en déni inconscient de l'état de séparation et assigne à la substance toxique le rôle maternel dans l'unité de base qu'il veut retrouver. Il vit dans la conviction délirante que sa survie dépend de la prise de la substance toxique avec une croyance inconsciente en une unité avec la mère qu'il doit installer dans sa réalité psychique.

Cette réalité psychique est celle d'un « état d'indifférenciation totale ». De ce fait, il s'identifie à tout ce qui est non-moi et qu'il ne peut pas reconnaître comme tel. Cette identification anime ce que M. Little nomme un « délire d'identité absolue » avec l'un de ces objets réels non reconnu comme distinct. Pour le dépendant, la différenciation à l'intérieur de lui-même, entre lui et sa mère, ainsi que la reconnaissance de lui-même comme de sa mère en tant que personne, sont loin d'être achevées. Il est en perpétuelle recherche du rétablissement de l'unité de base entre lui-même et sa mère (Little, 1981).

Le comportement compulsif et la répétition de la consommation de la substance toxique représentent des tentatives soit pour vivre une expérience qui apportera enfin une satisfaction, soit pour retrouver la faille originelle (Little, 1981).

Dans le cadre des processus d'individuation-séparation, il sera utile de passer en revue la théorie de l'attachement formulée par Bowlby, qui cible les aspects de la relation précoce touchant aux besoins de sécurité, en la situant par rapport aux conduites de dépendance addictive.

Du point de vue de Bowlby, la dépendance à une substance pourrait être le produit de l'incapacité à élaborer l'angoisse de séparation. Il suggère que l'enfant, au travers de ses premières expériences relationnelles, construit un « modèle interne » de lui-même et des autres. Ce modèle lui permet, tout au long de sa vie, de donner sens à ses conduites et à celle des autres. L'expérience de relations peu satisfaisantes, avec un entourage peu dispensable ou imprévisible, risque d'entraîner chez l'enfant un retrait des affects voire des attitudes de dépendance relationnelle. Ces attitudes constituent sans doute pour l'enfant une protection contre l'angoisse de perte et de séparation. La dépendance à une substance, de ce point de vue, constitue un rempart contre l'angoisse. Réciproquement, la sécurité relationnelle

représente un facteur de protection contre les conduites addictives lors des phases critiques du développement. (Bowlby, 1969).

Les processus d'individuation-séparation nous ramènent aussi à approcher le sujet de stade du miroir abordé par Wallon puis par Lacan, qui ont insisté sur le pouvoir organisateur de l'image du corps en miroir qui sert de support mouvant aux éléments narcissiques du sujet et donne forme à la construction de l'identité propre au sujet.

Le « stade du miroir » pour Lacan est le formateur de la fonction sujet, le « je », de l'enfant âgé de 6 à 18 mois. À un stade où l'enfant a déjà fait, sur le mode angoissant, l'expérience de l'absence de sa mère, le stade du miroir manifesterait la prise de conscience rassurante de l'unité corporelle et, selon Lacan, la jubilation de l'enfant au plaisir qu'il a de contempler l'image de son unité, à un moment où il ne maîtrise pas encore physiologiquement cette unité. Ce vécu du morcellement corporel, et le décalage que provoque cette image spéculaire entière, permettent l'identification de l'enfant à sa propre image, identification qui n'est qu'une anticipation imaginaire aliénante (Lacan, 1949).

Ultérieurement, Lacan a développé un aspect important du stade du miroir, en y introduisant une réflexion sur le rôle de l'Autre. Dans l'expérience archétypique du stade du miroir, l'enfant n'est pas seul devant le miroir, il est porté par l'un de ses parents qui lui désigne, tant physiquement que verbalement, sa propre image. Ce serait dans le regard et dans le dire de cet autre, tout autant que dans sa propre image, que l'enfant vérifierait son unité. En effet, l'enfant devant le miroir reconnaît tout d'abord l'autre, l'adulte à ses côtés, qui lui dit « Regarde c'est toi ! », et ainsi l'enfant comprend « C'est moi » (Lacan, 1949, p. 94).

Par la suite, Lacan corrige certains biais de sa conception d'origine, envisageant moins le stade du miroir comme une étape nécessaire dans le développement de l'enfant, que comme la base de la Constitution d'un sujet, divisé entre le Je, le sujet de l'inconscient, et le Moi, l'instance qui relève de l'image et du social (Lacan, 1969).

Comment le futur toxicomane franchit-t-il le « Stade du Miroir » ?

A cette question Claude Olievenstein a essayé, à partir de sa longue expérience avec les toxicomanes, notamment les héroïnomanes, de trouver une réponse.

Selon Olievenstein, le traumatisme marquant dans la vie du futur toxicomane a lieu, durant ce que Lacan appelle le « Stade du miroir ». C'est pendant cette période de la vie que l'enfant se découvre autre, dans un miroir, et peut alors rompre l'expérience fusionnelle qu'il vit avec sa mère. Il anticipe par l'imagination la connaissance et la maîtrise de son unité corporelle. C'est

une expérience qui se réfère au futur de l'enfant en tant qu'étape constitutive de son Moi idéal ou en tant qu'origine de ses identifications secondaires. Le stade du miroir, selon Olievenstein, prend sur lui tous les risques des stades qui le préparent et représente un moment particulièrement vulnérable exposé à un nombre indéfini de facteurs susceptibles de la gauchir (Angel & al, 1983).

Le point central de la théorie d'Olievenstein sur l'origine psychique de la toxicomanie réside justement dans la difficulté à franchir le stade du miroir de façon adéquate. Si la psychose vient de l'impossibilité d'accomplir ce stade et en corolaire, de l'impossibilité à dépasser et à liquider l'état fusionnel, la toxicomanie dépend de quelque chose d'intermédiaire entre un stade du miroir réussi et un stade du miroir impossible. Un état intermédiaire caractérisé par une réussite et un échec quasi simultanés, dans la mesure où la perturbation n'est pas suffisante pour empêcher la confrontation de l'enfant avec son image, mais pourtant suffisante pour provoquer une mauvaise réussite de cette expérience. Juste au moment où, pour l'enfant, un Moi différent de celui en fusion avec la mère aurait dû se constituer devant le miroir, pendant le flash de la découverte du Soi, de l'image de Soi, il se retrouve alors devant la vision d'un miroir brisé, un miroir qui renvoie bien une image, mais une image fragmentée, incomplète, déformée qui, à travers les vides, renvoie avec violence à l'expérience du stade précédent : la fusion avec la mère, l'indifférenciation du Soi. Olivienstein parle à ce propos de "narcissime brisé". De ce double mouvement simultané de la reconnaissance et de la brisure va naître cette incertitude nosographique concernant la pathologie du sujet dépendant. L'enfant futur toxicomane, perçoit son image, et celle-ci devient présente dans sa mémoire affective, mais à peine entrevue elle est tout de suite perdue. De ce double mouvement simultané de la reconnaissance et de la brisure va naître cette incertitude nosographique concernant la pathologie du sujet dépendant, et puisque son image est brisée, elle est inutilisable, souvenir inerte d'une possibilité que le sujet ne peut saisir pour combattre l'angoisse d'indifférenciation ((Angel & al, 1983, p. 151).

Comme Adam quand il cueillit le fruit de l'arbre de la connaissance, l'enfant qui vit cette expérience se trouve confronté à « un futur inéluctable, marqué par la nostalgie du paradis perdu (la fusion avec la mère, acceptable et acceptée jusqu'à ce que l'illusion de son dépassement lui fasse perdre son actualité) et par le regret d'être et ne pas être » (Angel & al. 1983, p. 151).

D'après Olievenstein, les traumatismes causés par cette expérience, nous permettent de comprendre la dynamique spécifique du toxicomane. Le rituel qui naît de l'expérience de la simultanéité entre la reconnaissance de son image et son morcellement est basé, avant la drogue, sur le désir (le besoin) d'éprouver à nouveau, en s'en approchant le plus possible et à n'importe quel prix, la répétition de cette expérience. Le rituel se modifie lors de l'instauration de la toxicomanie, après le premier voyage réussi, après la réactivation de l'espoir d'une rencontre réussie, par l'imagination, avec le Soi entrevu alors, de l'espoir d'un comblement miraculeux de la faille originelle et de la douleur qu'elle avait produite. Il se transforme alors en rituel de la pique, avec la fièvre qui la précède, l'enthousiasme qui l'accompagne et le vide dépressif qui la suit (Angel et al. 1983).

1.4. L'incorporation de l'objet dans le corps, un substitut du fantasme d'introjection

Une des bases de la compréhension de l'addiction à une substance toxique telle que l'héroïne est l'acte d'incorporation, celui-ci étant au fondement de l'amour : « Aimer, c'est dévorer » disait Winnicott. En se basant sur les travaux de N. Abraham et M. Torok, et observant dans le fantasme d'incorporation un substitut du fantasme d'introjection, Guitton (1984) regroupe les addictions sous le terme de « pratiques de l'incorporation » (Pirlot, 2009, p. 73).

La compréhension psychanalytique de l'addiction nous ramène au socle des conduites addictives, à voire l'acte d'incorporation. Que ce soit par voie orale, nasale ou cutanée, il s'agit pour le sujet addicté d'introduire une substance à l'intérieur de son corps.

Nicolas Abraham et Maria Torok, qui perçoivent l'addiction comme action d'incorporation, postulent que « l'introjection orale est concomitante des premiers échanges tactiles entre la mère et son nourrisson, et soulignent que la stabilisation psychique interne de l'objet primaire, ordonnateur de la future subjectivité, dépend des modalités de l'introjection. Si celle-ci a été inadéquate, voire traumatique, le mécanisme de l'incorporation orale permettrait pour la psyché l'illusion du maintien d'un lien narcissique avec l'objet primaire dont l'enfant ne peut pas faire le deuil » (Pirlot, 2009, p. 74)

Si nous revenons à Freud (1915), il voit qu'au début de la vie psychique les mécanismes de l'incorporation et de l'introjection se confondent. Sous la domination du principe du plaisir, l'enfant « accueille dans son moi les objets offerts, dans la mesure où ils sont sources de plaisir, il s'introjecte ceux-ci et, d'un autre côté, expulse hors de lui ce qui, dans son intérieur

propre, lui devient occasion de déplaisir ». Pour le Moi, le monde extérieur se divise en une part-plaisir qui est incorporée, et en un reste qui lui serait étranger : « De son moi propre, il a extrait une partie constitutive qu'il expulse dans le monde extérieur et ressent comme hostile ». (Freud, 1915, p. 181)

Les premières tentatives du nourrisson pour maîtriser la faim et les autres tensions consistent en une incorporation orale. Nous apercevons que le nourrisson met tout objet dans sa bouche. Dès le début, l'enfant juge si une chose lui fait obtenir une satisfaction ou si elle produit des tensions, c'est-à-dire si l'on doit l'avalier ou la recracher au dehors. Pour Freud « Prendre-dans-la-bouche ou cracher-au-dehors sont les fondements de la perception primitive » (Fenichel, 1987, p. 167).

Ce que Freud (1915) appelle 'moi-plaisir purifié' se forme en incorporant tout ce qui est source de plaisir, et en jetant tout ce qui est déplaisir. Lorsque l'objet se présente comme source de plaisir, le nourrisson cherche à le rapprocher et à l'incorporer dans le moi.

Dans son écrit « Le concept d'introjection », Ferenczi (1912) décrit l'introjection comme étant « une introduction des objets extérieurs dans la sphère du Moi ». Le fait d'aimer un autre que soi veut dire l'intégrer dans son propre moi. Il ajoute : « j'estime que le mécanisme dynamique de tout amour objectal et de tout transfert sur un objet est une extension du moi, une introjection ». (Ferenczi, 1912, p. 35).

L'introjection sera donc « un processus progressif d'inclusion d'un commerce objectal inconscient dans le Moi ». Pour Abraham et Torok « la visée de l'introjection n'est pas de l'ordre de la compensation mais de l'ordre de la croissance, elle cherche à introduire dans le Moi, en l'élargissant, et enrichissant la libido inconsciente, anonyme ou refoulée ». (Abraham et Torok, 1987, p. 236).

Les mécanismes d'incorporation et d'introjection, au début confondus, vont se différencier graduellement jusqu'à devenir distingués et opposés. Pour Abraham et Torok « introduire dans le corps un objet, l'y détenir ou l'expulser, représenteraient des pratiques portant en elles autant de variantes fantasmatiques... en l'absence de l'objet, l'incorporation obéirait au principe de plaisir, et tenterait de recouvrer sur un mode magique, la lacune créée par un objet qui s'est dérobé à sa mission. L'objet incorporé, en lieu et place de l'objet perdu, rappellerait toujours de par son existence, quelque chose de l'autre perdu ». (Abraham et Torok, 1987). La notion de crypte, introduite par ces auteurs, signifie que « tous les mots qui n'auront pu être introjectés, toute la douleur qui n'aura pu être symbolisée, sera incorporée et mise en

conserve. Un deuil indicible installerait à l'intérieur du sujet un caveau secret : dans la crypte reposerait vivant le corrélat de la perte ainsi que les moments traumatiques qui avaient rendu l'introjection impraticable » (Abraham et Torok, 1987, p. 237).

Suivant les mêmes principes, Gérard Pirlot conclut que l'addiction, qui est un fantasme d'incorporation, « cherche à gommer l'échec de l'introjection et celui du deuil de l'objet ». (Pirlot, 2009, p. 36).

L'addiction de ce fait est « une récusation de la séparation d'avec le premier objet maternel, en même temps qu'une déficience dans la différenciation des affects et des sensations corporelles ». L'objet de l'addiction apparaît paradoxalement comme un objet de survie, telle la mère de la première année de vie : « Avoir une passion pour la drogue représente une façon régressive de vouloir, comme le bébé, retrouver l'objet primaire de l'époque préhistorique des premiers mois de la vie où les relations entre mère et nourrisson étaient celles de la non différenciation, corps/psyché, dedans/dehors, soi/non-soi, sujet/objet » (Pirlot, 2009, p. 16).

Lorsque l'introjection de la perte est impossible, l'incorporation de l'objet perdu devient le seul mode d'une réparation narcissique. Dès lors, l'impossibilité d'introjecter la perte sera compensée par l'acte d'incorporer. En effet, l'incorporation, prototype corporel de l'introjection (de l'objet) et de l'identification primaire, permettrait dans le corps une mise en scène rétroactive d'un « secret de famille », voire d'un « trauma d'un ascendant ». Ceci rejoint la question des loyautés familiales (Angel & al 1989), de « pseudo-introjection d'expériences traumatisantes » décrites chez les sujets addicts, ainsi que la notion de crypte chez Abraham et Torok, installée à l'intérieur du sujet à la suite d'un deuil ou d'une honte inavouables, processus mélancoliformes qui seront retrouvés dans la genèse des Addictions.

Les addictions semblent alors signer d'une part les défauts dans les processus d'identification, et d'autre part, permettre au sujet d'être l'acteur d'un mouvement d'effraction corporelle par la mise en lui d'un corps étranger dont il connaît, et par là-même contrôle, les effets sur son corps et son psychisme unis (son self) (Angel & al. 1989).

Dans L'addiction, le fait d'incorporer l'objet addictif dans son corps, le sujet vit le fantasme de rester dans « l'enveloppe commune » entretenant le lien incestueux, fœtal, osmotique où l'autre est soi (Pirlot 2009).

L'objet d'addiction, selon M. Ravit, « qui fonctionne de manière extra-territoriale (ou paratopique, selon l'expression de J. Guillaumin, 1996), semble avoir pour fonction de produire une condensation temporelle (entre présent et à venir), un double retournement de l'objet retournement de l'objet sur lui-même, le « manque » devenant la « came », et une permutation du sujet et de l'objet (avec dissolution des frontières) ». (Ravit, 2003, p. 88)

Pour conclure, rappelons ici les mots d'André Green (1973) :

« Dans la toxicomanie ..., l'objet toxicomaniaque a pour but de prévenir ou de réparer la perte d'objet. L'assurance qu'un tel objet puisse être retrouvé dans le monde extérieur et incorporé doit être inlassablement vérifiée. La toxicomanie est nécessaire au toxicomane pour lutter contre le sentiment de vide affectif. De tels patients se plaignent de se sentir complètement démunis de l'intérieur, comme s'ils étaient en état de dénutrition affective permanente. Ils ont faim et soif d'objet et doivent réellement incorporer un objet extérieur susceptible de les restaurer, aux deux sens du terme, c'est-à-dire les nourrir et de réparer les effets des pulsions destructrices. L'effet de ces pulsions destructrices se manifeste par le vide qu'elles laissent après leur travail, d'où la nécessité d'une reconstruction narcissique ». (Green, 1973, p. 173)

Si la dépendance addictive semble être en rapport direct avec la défaillance de la fonction maternelle, quel serait le rôle de la fonction paternelle dans la réalité psychique du sujet addicté ?

2. La fonction paternelle et sa défaillance dans les conduites addictives

2.1- La fonction paternelle dans la réalité psychique du sujet

La Psychanalyse, depuis Freud, démontre un intérêt particulier à la paternité et la figure du père qu'elle perçoit en tant que fonction symbolique considérée essentielle pour le développement de l'enfant et introduite par la parole de la mère. Il a pour principal objectif de représenter la Loi et d'empêcher la fusion entre la mère et l'enfant.

Dans l'un des passages les plus célèbres de son ouvrage *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Freud (1939) écrit : « ... ce passage de la mère au père caractérise en outre une victoire de la vie de l'esprit sur la vie sensorielle donc un progrès de la civilisation, car la maternité est attestée par le témoignage des sens tandis que la paternité est une conjecture, est édifiée sur une déduction et un postulat ». (Freud, 1939, p. 29).

C'est ainsi qu'après avoir insisté dans *Totem et Tabou* sur la fonction de domination du père, possesseur des femmes et des biens de la horde primitive, et appelant ainsi sur lui le meurtre des fils désireux de le déloger de cette place, Freud met en relief maintenant à travers le personnage de Moïse et la religion monothéiste sa fonction proprement symbolique (Stoloff, 2007).

Winnicott (1971), tout en reconnaissant le rôle de miroir de la mère pour le développement de l'enfant montre qu'il s'inscrit plus largement dans celui de la famille, la mise en relief d'une particularité de la fonction paternelle ne saurait conduire à faire du père ce personnage sur lequel reposerait exclusivement tout l'ordre symbolique. Dans une vision aussi réductrice de la fonction paternelle, le père se transformerait alors en une sorte de Deus ex machina faisant tout à la fois la Loi à l'enfant et à sa mère, et seul auteur d'une séparation entre eux hors de laquelle point de salut.

Le père est un dû, affirme Aldo Naouri (1985), dès lors que l'enfant naît avec un acquis : sa mère. Le père doit se « mettre en place », occuper « sa juste place » aux conditions que la mère doit « lui octroyer ce statut, ... l'introduire auprès de son enfant, le désigner comme complément de la partie »; le père doit accepter, « ne pas se dérober, ... renoncer à être ... une autre mère ». La fonction paternelle est ainsi définie : « un père, c'est avant toute chose, un pas-mère ». (Naouri, 1985, p.194)

« Une mère “suffisamment bonne”... est à la fois douée pour l'éducation et de façon dialectique pour une inadéquation qui renvoie à une relation au tiers, elle-même “suffisamment bonne” », affirment Mijolla et Mijolla-Mellor (1997, p. 488).

Le père est normalement cette tierce personne qui joue un rôle important dans cette transformation dans la relation duelle mère-enfant, la dépêchant, la ralentissant ou la freinant. De là, la fonction paternelle peut être vue comme étant « la fonction tierce par rapport à la symbiose maternelle, sans elle mortifère La fonction tierce introduit le différent là où était l'identique, la discontinuité là où il n'y avait que continuité. Cette fracture fonde la triangulation, qui pour être opérante, requiert la différenciation » (Decherf. et al., 2003, p. 118).

Le père n'est pas seulement le tiers, l'agent séparateur de la dyade originelle, ni le partenaire proche et affectueux, secondant la mère. Il est également cet autre au statut paradoxal d'agent de défusionnement et de figure d'attachement (Le Camus, 1997).

De plus, la fonction paternelle est invoquée comme agent de la mise en œuvre des limites imposées à la violence pulsionnelle et aussi comme initiateur de solutions pacifiques aux conflits, des solutions qui passent par la parole, les transactions et les pactes. L'importance de la fonction paternelle tient au fait qu'elle règle dans la société, dans les familles et dans la structure psychique, les rapports des sujets avec la réalité. Au cœur de cette réalité est tapi le réel de la violence pulsionnelle : la fonction paternelle instaure pour chacun une distance vis-à-vis de ce réel (Steichen, 2002).

Par sa présence, son encadrement, son éducation et sa bienveillance, le père fait fonction « d'enveloppe contenante, de pare-excitation du couple mère-enfant et d'intermédiaire entre ce couple et le monde social » (Le Camus, 1995, p. 169). En donnant son nom à l'enfant et en le reconnaissant, le père l'inscrit dans une généalogie, lui trouve une place dans la lignée. Ces aspects sont essentiels à la construction de son identité sexuée.

La fonction paternelle, d'un point de vue symbolique, a pour fin de permettre à l'enfant de se structurer. Le père, comme la mère, est indispensable au bon fonctionnement psychique d'un enfant et au développement de son identité.

La psychanalyse accorde à la fonction paternelle une attention particulière. Dans la réalité psychique, la fonction paternelle est représentée par les figures des pères intériorisés. Les freudiens en parlent en termes de père œdipien et de surmoi paternel. Les lacaniens

complètent ce vocabulaire avec des notions de père réel, imaginaire et symbolique, ainsi que de la métaphore du Nom-du-Père. Pratiquement, il s'agit des représentations mentales inconscientes qui dirigent la vie relationnelle des sujets. Ces figures sont modélisées à partir de l'étude clinique des diverses formes d'échec de la fonction paternelle (Steichen, 2002).

La fonction paternelle, pour parler comme Lévi-Strauss, fait du sujet humain, au-delà d'un être de nature, un être de culture. De ce fait, et malgré les changements survenus dans les représentations sociales et imaginaires du père, la fonction paternelle, elle, continuerait alors à jouer en synergie avec une fonction maternelle, un rôle déterminant dans la socialisation du sujet humain (Stoloff, 2007).

2.1.1- La fonction paternelle et le complexe d'œdipe

Dans son œuvre « Trois essais sur la théorie de la sexualité », Freud introduit la notion de complexe d'œdipe, qu'il décrit comme étant « l'ensemble des motions affectives ambivalentes nourries par l'enfant à l'égard de ses parents, est considéré ... comme le "noyau des névroses" ». (Freud, 1905, p. 18) Ce complexe se manifeste, selon Freud, pendant le stade phallique du développement psycho-affectif de l'enfant, soit entre trois et six ans (Le Guen 2008).

En effet, Freud fait du complexe d'Œdipe le pivot de sa théorie pulsionnelle et métapsychologique, devenant ainsi le concept-clé de la psychanalyse et de ses courants dérivés.

En 1912, dans son ouvrage Totem et Tabou, Freud place au centre de sa réflexion anthropologique l'existence d'un complexe paternel, défini comme une relation au père tissée par l'ambivalence entre l'amour et la haine. Ce complexe issu du désir œdipien et du souhait de posséder la mère lui permettait alors d'établir un rapprochement entre la vie psychique des névrosés et celle de l'humanité primitive (Stoloff, 2007).

Dans son essai « L'organisation génitale infantile » (1923), Freud postule que le complexe d'Œdipe représente une étape constitutive du développement psychique de l'enfant. Le désir envers la mère trouve en effet son origine dès les premiers jours de la vie et conditionne toute sa psychogenèse. La mère est, d'une part, la « nourricière », et, d'autre part, celle qui procure du plaisir sensuel, via le contact avec le sein et à travers les soins corporels. L'enfant, qu'il soit fille ou garçon, en fait donc le premier objet d'amour qui restera déterminant pour toute la vie amoureuse. Cet amour d'objet se déploie donc en cinq « phases » ou « stades » qui signalent la primauté d'une zone érogène particulière. Le

complexe d'Œdipe se déploie à travers ces phases en fonction de leurs propriétés propres qui s'enchevêtrent pour constituer un agrégat de pulsions, nommé « complexe » d'Œdipe qui, pour les freudiens, trouve son apogée vers l'âge de cinq ans. Freud (1909) aboutit à cette déduction en étudiant le cas dit du « petit Hans ».

Qu'il s'agisse de la fille ou du garçon, l'ouverture vers le père constitue, en effet, un tournant essentiel. Le père, objet d'attraction et figure de déplacement des mouvements pulsionnels, incarne l'espoir d'un dégagement par rapport à l'emprise ou à l'empreinte maternelle. Même si la passion pour le père doit elle aussi s'éteindre, même si l'interdit et la réalité se conjuguent pour empêcher la poursuite des buts œdipiens, le passage de la mère au père témoigne d'une mobilité possible, d'une fragmentation de l'excitation érotique qui en rend l'économie plus aisée. À partir du renoncement à l'objet maternel originaire, l'être humain s'engage, en utilisant l'énergie libidinale ainsi libérée, vers de nouveaux objets et de nouveaux investissements (Rabain, 2010).

L'intérêt du complexe d'Œdipe n'est pas seulement qu'il renvoie l'enfant au rapport qu'il engage avec ses deux parents, mais qu'il ouvre chez lui l'accès à la reconnaissance de la double différence des sexes et des générations. Le complexe d'Œdipe renvoie l'enfant à une question sur ses origines, sa filiation et son histoire.

Dans *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Freud écrit que « La paternité est une conjecture, elle est édifiée sur une déduction et un postulat, alors que la maternité est attestée par le témoignage des sens ». Le passage de la mère au père est « une victoire de l'esprit sur les sens », « un triomphe de la vie de l'esprit sur la vie sensorielle et donc un progrès de la civilisation ». (Freud, 1939, pp. 212-213).

Pour Freud, la paternité apparaît donc comme un saut au-delà des données naturelles qui sont, elles, suffisantes pour penser la maternité. La fonction symbolique de l'Œdipe est bien de s'opposer aux désirs de l'enfant envers sa mère et de subir la loi du père.

2.1.2. La fonction paternelle et le Nom-du-Père

Afin que le complexe d'Œdipe suive son destin, Jacques Lacan (1955-1956) voit qu'il faut qu'intervienne un tiers, une loi, un ordre symbolique, à savoir l'ordre de la parole.

Cet ordre, « l'ordre du père », qui dit que le sujet ne pourra plus désormais « réaliser sa sexualité que sur le plan symbolique », Lacan l'appelle Le Nom-du-Père (Lacan, 1955-1956, p. 191).

C'est à partir du dérèglement du rapport à la réalité et au langage dans la psychose que Lacan a proposé un modèle de fonction paternelle opérant dans la structure psychique. C'est un modèle du devenir-sujet défini par ses relations de parole et de désir. Le concept de la métaphore du Nom-du-Père désigne un ensemble d'opérations logiques qui font accéder l'individu au statut de sujet de langage adressé aux autres, par référence à un tiers appelé l'Autre, et de sujet dont le désir est articulé à celui des autres, par référence à un signifiant du manque qui l'instaure (Steichen, 2002).

Lacan (1954-1955) précise aussi que la fonction paternelle a trois aspects : père symbolique, père imaginaire et père réel, qui influent différemment sur le conflit œdipien.

Le père symbolique est, pour Lacan, « un père mythique ». Le père imaginaire, lui, est « cette figure du père qui permet par le jeu de l'identification l'accès à l'agressivité et à l'idéalisation ; c'est le père des fantasmes de l'enfance ». Quant au père réel, « c'est un Dieu, un maître au fondement de l'ordre du monde ». L'incarnation du père symbolique dans le père réel permet au sujet de s'extraire du jeu spéculaire de l'idéal du moi et d'être marqué du sceau de la loi. C'est donc par « l'intervention sanctionnante de la castration » qu'« il y a chez l'homme un signifiant qui marque sa relation au signifiant, et cela s'appelle le surmoi » (Lacan, 1954-1955, p. 302).

Le Père symbolique, dénoue la fusion avec la Mère. Sa fonction tierce « donne un sens à la limite sujet-objet et une consistance à l'espace de la non-mère. Par cette différenciation, la fracture fonde la triangulation œdipienne. Toutefois, la condition pour qu'un père existe est qu'un homme désire occuper la place de père et qu'une parole de femme le reconnaisse comme tel ». Le père est celui qui interdit à l'enfant de prendre sa place auprès de sa femme, qui représente la loi à laquelle il doit se soumettre. (Lacan, 1956-1957, p. 211)

Pour Lacan, la problématique œdipienne « se centre sur la façon dont le sujet va se situer par rapport à la fonction du père. La castration est la reconnaissance de la dette symbolique ; elle est mise par Freud au centre de la crise œdipienne et consiste en la reconnaissance du manque d'un objet imaginaire : le phallus. Cet ordonnancement signifiant permet seul d'appréhender les expériences pré-génitales, mais, pour qu'il ait son efficacité symbolique, il lui faut un "espace clos" » (Lacan, 1956-1957, p. 58), à savoir le père.

C'est aussi à partir de la clinique de la phobie que Lacan va redéfinir, au cours de son séminaire consacré à la relation d'objet, la fonction paternelle. Alors que l'enfant est pris par

la mère comme « symbole de son manque d'objet », il faut pour sortir de cette prise imaginaire que « l'enfant reçoive symboliquement le phallus dont il a besoin ». Mais ce besoin ne peut naître que si l'enfant a « été préalablement menacé par l'instance castratrice qui est originellement l'instance paternelle » (Lacan, 1956-1957, p. 82). C'est donc le père qui est censé introduire un élément symbolique dans le trio enfant-phallus-mère, et, s'il s'avère défaillant, l'enfant pourra avoir recours à la phobie pour y parer en élisant, comme le fait le petit Hans, un animal chargé de le menacer afin de lui assurer l'espace symbolique où assumer sa rivalité virile avec le père.

Le défaut du Nom-du-Père qui peut à l'occasion se parer du père tonnant, du père débonnaire, du père tout-puissant, du père humilié, engoncé, dérisoire, du père au ménage, du père en vadrouille, pour reprendre les qualificatifs de Lacan n'est pas sans lien avec le prestige que ce père aurait dû avoir auprès de sa femme. Il est ainsi décisif d'une part que la mère tienne compte de la parole du père, de son autorité, « de la place qu'elle réserve au Nom-du-Père dans la promotion de la loi », et d'autre part que le père aussi ne singe pas la loi qu'il doit servir, au risque d'« exclure le Nom-du-Père dans sa position de signifiant » (Lacan, 1966, p. 579).

La fonction paternelle impose donc la Loi et règle le désir dans le complexe d'œdipe. Cependant, la vraie fonction paternelle est essentiellement d'unir le désir à la Loi. Cette fonction intervient dans la relation duelle imaginaire entre la mère et l'enfant en introduisant une distance symbolique entre eux. Cette fonction, médiatisée par le discours de la mère, est fondamentale dans la structuration de l'ordre symbolique (Dylane, 1996).

Laplanche et Leclaire (1996) conçoivent, quant à eux, l'existence au sein de la langue d'un signifiant fondamental assurant à lui seul cette opération symboligène tenue par le père, signifiant qui placé en position métaphorisante soutiendrait une cohérence des autres signifiants, et par là même de tout le système symbolique dans lequel le sujet aura à s'inscrire. Ce signifiant représentant la fonction paternelle dans son ensemble, selon la théorie lacanienne, est le phallus, dont la présence dans le discours de l'Autre produit le refoulement originnaire de la pulsion. Son absence, au contraire, permettrait de comprendre que ce type de refoulement ne pouvant plus alors se produire, les conditions d'apparition de troubles non névrotiques se trouvent réunies, puisque la névrose ne peut s'établir qu'à partir

du refoulement d'après-coup, une fois le refoulement originaire de la pulsion constitué sur une base suffisamment solide (Stoloff, 2007).

2.2- La défaillance des fonctions paternelles dans la vie de l'enfant

L'enfant a besoin de bâtir une relation avec le père, en tant que figure symbolique, à qui il peut s'identifier. Cela s'avère essentiel à son développement psychique et interrelationnel. Si cette image est défaillante, l'enfant va s'organiser à partir d'une figure déficiente. La perte de l'imaginaire paternel crée des blessures psychologiques chez l'enfant qui le fragilisent et influencent son rapport au monde. (Stoloff, 2007)

Quand le père est écarté de sa place symbolique, la fonction tierce qui interdit l'inceste sera exclue. Alors, l'enfant reste prisonnier dans la génération de ses parents-enfants. Une fois adulte, il n'arrive pas à exercer une fonction parentale et reste un grand enfant. (Jaoul, 1991).

Et si le père est absent, qu'il le soit physiquement ou psychiquement ?

L'absence du père peut entraver le développement du sujet.

L'étude expérimentale de Michael E. Lamb sur les conséquences de l'absence du père, montre la difficulté qu'a le garçon à construire une identité sexuée surtout si cette absence est accompagnée d'autres éléments stressants tels que la non contenance de la mère, des situations de rejet et d'isolement social. « L'enfant en manque de ces ressources adaptatives est ainsi privé d'un point de repère émotionnel essentiel à son développement psychique global et à sa construction identitaire en particulier » (Lamb, 1986, p. 120).

De son côté, Yogman (1985) révèle que la carence dans la fonction paternelle primaire cause d'incontestables perturbations de développement chez le jeune enfant. (Yogman, 1985)

La défaillance de la fonction paternelle concerne essentiellement la carence dans le maintien du rôle symbolique du père dans la famille. Parfois, même si le père est présent physiquement, l'organisation psychique de la famille peut être structurée autour du bannissement de sa fonction symbolique. Dans d'autres cas, le père souffre d'une incapacité psychique à occuper cette place et s'exclut lui-même (Haesevoets, 2010).

Les expériences cliniques, y compris la nôtre, montrent que les diverses modalités de dysfonctionnement psychique sont modélisées par référence à une forme d'échec de la fonction paternelle aussi bien que l'échec de la fonction maternelle.

2.3- La dépendance à l'héroïne face au Nom-du-Père

Dans bien des recherches cliniques qui ont été menées sur l'addiction, le père, s'il n'est pas mort, est fréquemment absent ou, s'il est là, est souvent présenté comme inconsistant, coupable ou incestueux, et même, dans certains cas, lui-même dépendant à une substance ou alcoolique. Mais le point sur lequel Joyce McDougall a insisté est le rôle caché du père dans la conduite addictive, là où l'objet addictif présente une protection inconsciente contre les aspects dangereux de l'imaginaire maternelle. Pour McDougall (2004), toutes les formes que prend l'addiction ont pour but non seulement de réparer l'image endommagée de soi-même mais aussi de régler des comptes avec les figures parentales du passé.

Il y a donc, d'abord, une défiance devant l'objet maternel interne, ressenti comme absent ou incapable de consoler l'enfant perturbé qui se cache à l'intérieur. Les substituts addictifs seront toujours là pour compenser les fonctions maternelles défaillantes. Puis une deuxième défiance devant le père interne ressenti comme défaillant dans ses fonctions paternelles et, par conséquent, déchu (McDougall, 2004).

Cirillo (1997) a étudié la relation du sujet addicté à son père. Il décrit le père comme un personnage disqualifié par sa femme aux yeux de son fils, en échec comme compagnon et incapable d'exercer ses prérogatives paternelles. En l'absence d'une dimension affective personnelle et originale, le père prend la fuite ou essaye d'imiter les comportements typiques du rôle maternel et ne peut favoriser la croissance du fils hors des frontières de la maison. Habituellement, ces pères fuient dans le travail, qui se substitue aux affects familiaux. Cirillo ajoute que ces pères ont souvent eux-mêmes connu une relation très pauvre avec leur propre père, et ont fait l'expérience d'une parentification précoce.

L'imaginaire paternelle chez le sujet dépendant, ambivalente et conflictuelle, constitue une substance psychique empoisonnée, au sens où Glover définit comme suit : « Certaines identifications à des objets suscitant une forte ambivalence mènent à un état psychique dangereux. Cet état est symbolisé comme une substance psychique. » Il poursuit : « la drogue est, en dernier ressort, une contre-substance externe qui soigne par destruction ». (Glover, 1932, p. 298). La substance psychique particulière contenant l'imaginaire paternelle serait ressentie et agirait comme un poison dans le psychisme du sujet.

La question que nous tenterons de traiter par la suite sera la relation de la dépendance à une substance telle que l'héroïne à la fonction symbolique du Nom-du-Père, et quel aménagement

psychique le sujet dépendant met-il en action face au signifiant du Nom-du-Père du point de vue lacanien ?

Lacan (1938) voit que la carence dans la fonction paternelle, que le père soit « absent, humilié, divisé ou encore postiche » vient annuler ou réduire toute possibilité sublimatoire pour traiter le moment structural de l'Œdipe. (Lacan, 1938, p. 61)

Concernant la problématique addictive, pour Lacan, dont les indications sont trop brèves, mais précises et éclairantes, le toxicomane n'existe pas (Askofaré et Sauret, 1998). Lacan aborde le problème de la toxicomanie du point de vue de la jouissance. Dans tout son enseignement, seules quelques phrases sont en rapport avec la toxicomanie. Parmi celles-ci, il y en a une qui a fait florès et qui date des années soixante-dix : « la drogue, seule façon de rompre le mariage du corps avec le petit-pipi », ce qui peut se traduire dans les catégories de Lacan comme rupture du corps d'avec la jouissance phallique. C'est une indication tout à fait précise et précieuse pour le psychanalyste, puisqu'elle situe la fonction de la substance toxique dans l'économie de la jouissance, de la libido du sujet (Askofaré et Sauret, 1998, p. 73).

Lacan porte l'accent donc sur le fait que la drogue n'introduit pas le sujet à autre chose qu'à un mode de rupture avec la jouissance phallique. Elle n'est de ce fait ni formation substitutive ni formation de compromis mais « fonction de rupture » ; rupture d'avec la jouissance ayant le père, le signifiant et le phallus à son principe (Askofaré et Sauret, 1998).

Cette rupture de la toxicomanie avec la jouissance phallique est à rapprocher mais pas à confondre avec la rupture que Lacan isole dans les psychoses et qu'il rapporte à la forclusion du Nom-du-Père. Lacan a attribué la psychose précisément à un accident dans le registre du symbolique, la forclusion du Nom-du-père, c'est-à-dire son rejet, comme s'il n'avait jamais existé, accident qui prive le psychotique du recours au Phallus et donc du secours de la castration (Askofaré et Sauret, 1998)

Le toxicomane n'est pas non plus à confondre avec le pervers vu que son rapport à l'objet de sa jouissance ne relève pas forcément d'une problématique de la transgression. De plus, la relation au fantasme s'avère différente. Comme le remarquait E. Laurent, « la perversion suppose un usage très spécifié du fantasme ; elle ne prend pas les chemins compliqués du fantasme. C'est un court-circuit. La rupture avec le "petit-pipi" ayant pour conséquence qu'on peut jouir sans le fantasme » (Askofaré et Sauret, 1998).

Une des caractéristiques de la toxicomanie dans la thèse lacanienne est donc de substituer à la jouissance phallique, sujette aux variations du fantasme, et qui est liée à la fonction paternelle, le père symbolique, une jouissance une, qui se présente comme unique et valant pour tous. La toxicomanie semble ainsi être une position subjective fondée sur le choix de la jouissance contre le désir, la préférence accordée à la jouissance du corps contre la jouissance phallique qui est jouissance du sens (Askofaré et Sauret, 1998).

Dans la toxicomanie, l'objet ne fonctionne plus du tout sur fond d'absence, les toxicomanes sont pris dans le monde des sensations, leur objet de jouissance n'est pas de l'ordre du semblant, et la dimension de la limite propre à la castration leur paraît fort étrangère. Les toxicomanes sont aussi dans un type d'évitement du langage, au sens lacanien du mot (Askofaré et Sauret, 1998).

Notons que le langage, pour Lacan, est un essai de désigner symboliquement par le signifiant Non-du-Père son renoncement à l'objet perdu. C'est la mise en place de la chaîne parlée. La fonction essentielle du Nom-du-Père est, de ce fait, d'apposer du sens sur la coupure du lien mère-enfant, opérée par le père représentant la loi de l'interdit de l'inceste.

Dans l'expérience de l'addiction, où est-ce-que se situe le sujet face au Nom-du-Père?

La récusation du Nom-du-Père, dont parle Thiery Roth et dont nous avons fait allusion dans le chapitre premier, pourrait caractériser le type d'organisation psychique des sujets toxicomanes, notamment les dépendants à l'héroïne. La récusation du Nom-du-Père signifie une reconnaissance de cette instance prescriptive de la castration comme source du désir et de la possible jouissance sexuelle, mais pour la délégitimer et refuser ainsi toute conséquence à cette reconnaissance. Il y a dans la récusation une sorte de dédouanement vis à vis de cette instance du Nom-du-Père et de ce qu'elle implique, d'où le rejet de la dette propre au parlêtre, rejet qui se fait à l'insu même du sujet. Et en récusant le Nom-du-Père, ces sujets récusent et évitent les contraintes des lois du langage, ce qui a pour conséquences l'accrochage à une jouissance Autre (Roth, 2014).

Ce que nous avons pu voir au niveau de la relation de l'enfant futur toxicomane aux deux fonctions maternelle et paternelle, confirme ce que M. Porot (1954) a noté dans son ouvrage « L'enfant et les relations familiales » : « Le drame familial semble se jouer entre trois personnages essentiels : le père, la mère et l'enfant Mais en réalité il y a un quatrième personnage essentiel qui « n'en a pas moins d'importance que les trois premiers : c'est le foyer » qui « avant tout basé sur le couple parental, est un être spirituel, vivant avec un passé,

un présent et un avenir qui influencent profondément les relations qui s'établissent entre ses éléments constitutifs. » Ce foyer n'est en fait que cette structure familiale, ce système, qui régit les liens unissant les membres de la famille et dont le dysfonctionnement pourrait être un des éléments constitutifs de la dépendance à l'héroïne. (Porot, 1954, p. 4)

3-Le dysfonctionnement au niveau des liens dans la famille du dépendant à l'héroïne

3.1- La famille concept et réalité

Le mot « famille » recouvre différentes réalités. En un sens élargi, elle fut toujours définie comme un ensemble de personnes liées entre elles par le mariage et la filiation, ou encore par la succession des individus descendants les uns des autres. C'est aussi une mini-société à l'intérieur de laquelle existent des règlements et des croyances qui tournent autour de l'axe de la relation conjugale dont les partenaires en sont les architectes (Roudinesco, 2002).

« La famille, reposant sur l'union plus ou moins durable et socialement approuvée d'un homme, d'une femme et de leurs enfants, est un phénomène universel, présent dans tous les types de sociétés » précise Claude Lévi-Strauss. (Roudinesco, 2002, p. 15)

En fait, on ne connaît pratiquement aucune société dans l'histoire du genre humain où la famille élémentaire n'ait joué un rôle important dans son développement.

La famille repose, en principe, sur l'union d'un sexe masculin à un sexe féminin et, à parts égales, sur la prohibition de l'inceste dont l'application assure le passage de la nature à la culture (Roudinesco, 2002).

Chez Freud, la structure familiale avec sa contrainte à l'identification des enfants entre eux, serait le prototype du groupe considéré comme une somme d'individus qui ont mis « un seul et même objet à la place de leur idéal du moi et se sont, en conséquence, dans leur moi, identifiés les uns aux autres » (Caillot & Decherf, 1989, p. 30).

Imre Hermann distingue un type particulier d'identification qu'il appelle l'identification Moïschéma collectif, et c'est la vie au sein de la famille qui fournit le premier modèle de ce schéma collectif ; la famille serait ainsi le premier objet à remplir ce schéma, étant entendu que cela s'accomplit grâce à un investissement libidinal » (Hermann, 1978, p. 133).

Lacan, de son côté, aborde l'organisation sociale de la famille en 1938 dans l'ouvrage intitulé « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu », et donne à la paternité le rôle d'assurer la transmission de la culture, qui a pour conséquence « une continuité psychique » entre les générations, dont la causalité est d'ordre mental. Le totem en est un témoignage tout

comme le nom patronymique. La famille, nous dit-il, objective des complexes, et le complexe plus particulier de l'Œdipe « marque tous les niveaux du psychisme » par la répression et la sublimation de la sexualité infantile dès la phase de latence. (Lacan, 1938, p. 62)

De même, dans son article « Le complexe, facteur concret de la psychologie familiale » (1938), Lacan distingue l'investissement de l'objet-famille par le sujet des investissements des différents objets-individus. Il écrit : « Tous ce qui constitue l'unité domestique du groupe familial devient pour l'individu, à mesure qu'il est plus capable de l'abstraire, l'objet d'une affection distincte de celle qui l'unissent à chaque membre de ce groupe ». (Lacan, 1938b, p. 8).

De leur côté, les systématiciens (Palo Alto, Bateson, Jackson, etc.) déterminent la famille comme un système, c'est-à-dire un ensemble d'individus en interaction, gouvernés par une série de règles implicites et explicites, se référant à des valeurs, attribuant parfois à certains de ses membres des rôles spécifiques, soutenant collectivement un mythe, une image d'un idéal familial ; les membres sont liés entre eux par un sentiment d'appartenance qui peut se manifester par des liens de loyauté entre générations (filiation) et dans une même génération (la fratrie; le couple), pouvant rendre les espaces personnels (d'autonomisation) difficiles à préserver (Goldbeter-Merinfeld, 2011).

L'une des fonctions essentielles de la famille serait de fournir « un terreau émotionnel suffisamment riche pour permettre à ses membres de se créer une identité propre », remarque Philippe Caillé. C'est en ce sens qu'il lui semble que la famille devrait perdurer, même si une « nouvelle famille » resterait peut-être à inventer (Goldbeter-Merinfeld, 2011, pp. 7-8).

Actuellement, dans les pays de l'Occident, la famille n'est plus regardée seulement comme une structure de la parenté synthétisant le passage de la nature à la culture à travers des interdits et des fonctions symboliques, mais comme un lieu de pouvoir décentralisé et à visages multiples. De plus, de nouvelles terminologies apparaissent qui donnent une nouvelle conceptualisation de la famille, telle que famille « recomposée », « monoparentale », « coparentale », « pluriparentale », « homoparentale » même si la famille nucléaire peut rester un modèle au niveau de l'idéal social (Roudinesco, 2002, p. 190).

Quant au Liban, la place de l'institution familiale dans la société libanaise demeure importante et l'aspect conservateur et traditionnel de la famille est toujours présent. En effet, la famille libanaise n'a pas perdu son influence sur le parcours de ses membres, que ce soit dû au nom de ladite famille ou aux liens parentaux eux-mêmes. Les enfants ne quittent

le foyer parental, en principe, que pour se marier ou aller étudier à l'étranger. Ils comptent sur leur famille professionnellement et financièrement, et la famille libanaise transmet toujours un héritage politique et religieux presque indélébile. Un libanais, jusqu'à nos jours, ne se détache jamais vraiment de sa famille et se voit devant le devoir d'assurer sa continuité dans la société. Ce qui fait que la famille au Liban, malgré son ouverture à la culture occidentale où la famille confronte aujourd'hui un grand défi, demeure fondée sur le genre et le sexe et sur les lois de la parenté induite par le mythe œdipien. Elle est toujours, et jusqu'à nouvel ordre, capable de transmettre aux jeunes les valeurs qu'elle a incarnées, et d'assurer sa fonction comme lieu de contenance et d'appartenance.

3.2- Les liens dans une famille dysfonctionnelle

Dans les premiers mois de la vie, se produit une confusion normale, s'accompagnant de vécus paradoxaux et d'éléments sensoriels, entre les membres de la famille, chacun, s'identifiant au nourrisson, dans un mouvement régressif, pour l'accompagner, le soutenir dans un amour qui, de l'extérieur, peut paraître insensé. Au cours de cette période, si la contenance familiale est bonne, la régression de la famille vers l'indifférenciation offre à l'enfant une illusion structurante. C'est un véritable « conteneur » pour chaque membre de la famille de leurs vécus individuels. Ce conteneur, dit R. Kaës (1979) correspond à un « réseau d'étayage ou étayage en double appui » (Decherf et al., 2003, p. 157).

L'enfant se construit en s'étayant sur le fonctionnement psychique familial. Pour être structurante, cette expérience de continuité psychique qui caractérise les identifications narcissiques primaires, doit être assortie d'une expérience de discontinuité, de séparation d'avec le corps maternel, afin qu'émerge progressivement un sujet soumis au renoncement et à l'interdit de l'inceste (Ibis, p. 158).

Pour André Ruffiot (1981), « L'appareil psychique familial ... est le cadre indifférencié, le moi non-moi qui permet à chaque membre (de la famille) dans une évolution normale, de réaliser une bonne intégration somato-psychique et de structurer un moi individuel différencié, à partir d'un auto-érotisme suffisamment développé ». (Ruffiot, 1981, p. 159)

Le cadre dans lequel se développe l'enfant débouche sur au moins trois possibilités :

- 1- Une évolution normale vers la différenciation, vers l'œdipe.
- 2- Un fonctionnement confusionnel qui tente de maintenir la continuité de l'infantile dans la poursuite de l'indifférenciation.

- 3- Un fonctionnement pervers avec sa dérivation vers l'inceste, qui tente de maintenir l'autre, de façon active et paradoxale, dans une sphère commune narcissique.

Les deux derniers fonctionnements, qui entravent la structuration psychique individuelle, forment le lit des liens pathologiques familiaux et sociaux et peuvent expliquer les conduites addictives (Decherf et al. 2003).

L'indifférenciation primaire comprend les rapports mère-enfant, parents-enfants, famille-enfant. Si la relation indifférenciée primaire prévaut dans la famille, l'équipement psychique transmis sera fortement marqué par l'indifférenciation et l'enfant aura d'autant plus de mal à accéder à un type de relation différenciée, déterminant une relation sur un mode adhésif ou sur un mode projectif. Lorsque les identifications narcissiques l'emportent sur les relations objectales, la relation de type indifférencié primaire devient à la fois un mode de relation et un modèle de relation pour l'enfant qui n'en connaît pas d'autres (Decherf et al. 2003).

Les défaillances de la contenance proviennent d'une enveloppe parentale ne permettant pas l'accès à un moi individuel différencié. Les parents sont généralement eux-mêmes dans la souffrance et dans l'indifférencié ce qui les rend indisponibles pour accueillir les vécus primitifs du bébé. Plus tard, le sujet en errance d'une contenance cherchera inlassablement un objet capable de recevoir ces parties étrangères, « non moi », en s'adressant à tout objet susceptible de recevoir de tels éléments ou de compléter ses manques narcissiques (Ibis, p. 160).

Quand la violence est excessive, associées à un sentiment de dévalorisation, les sujets peuvent alors se tourner vers eux-mêmes et, soit se déprimer gravement, soit se mettre en danger. Ils s'organisent pour lutter contre les angoisses primitives en recréant un environnement dangereux, tel celui qu'ils ont connu et dont ils tentent de maîtriser les éléments (Ibis, p. 161).

Les enfants, quelle que soit la nature de la défaillance, présentent en général des troubles communs plus ou moins importants, notamment :

- 1- Une fragilité narcissique : en rapport avec le manque, ce sont des enfants dépendants ayant un sentiment d'incomplétude. La réassurance narcissique qu'ils recherchent est, pour eux, de l'ordre du vital et non de celui de la castration.
- 2- Une prévalence des angoisses d'existence : les angoisses de mort prédominent sur les angoisses de vie et sur les angoisses liées à la castration, notamment. Le sujet se trouve, de ce fait, toujours dans la survie, toujours dans l'urgence.

3- Une composante traumatique organisant la vie du sujet : Cette composante plus ou moins importante organise la vie du sujet avec ses objets internes et ses objets externes, parfois mal distingués l'un de l'autre (Ibis, p.161-162).

Quand les vécus traumatiques sont au-delà d'une tolérance normale, le sujet sombre dans la dépression ou arrive à mettre en place des défenses pour lutter contre cette dépression.

Trop de contenance ou pas assez de contenance produit le plus souvent les mêmes effets et renvoie à des problématiques communes. Les faillites massives de la contenance ou les défaillances constitutionnelles importantes peuvent faire enfoncer le sujet dans des pathologies graves. Le sujet qui passe ce cap, s'il ne tombe pas dans la dépression, développera une défense de survie pour échapper à la dépression (Decherf et al., 2003).

Pour Paul-Claude Racamier, quand les difficultés des premiers temps de la vie sont fortes dues à une défaillance parentale, des expériences difficiles, des problèmes de santé...etc., le sujet a recours à des défenses tournées plus du côté de la survie que de la vie (Racamier, 1978).

3.2.1- Les liens fantasmatiques intrafamiliaux dans la famille du sujet dépendant à l'héroïne

Alberto Eiguer (2011) s'interroge sur le nous qui touche à l'identité commune des membres d'une même famille et qui rejoint les notions de « corps familial ». Il souligne que les membres de la famille construisent un « Nous » qui s'enracine dans leurs inconscients. Mais si le « Nous » familial peut se formuler, c'est qu'il acquiert une autonomie par rapport aux « Je » des individus formant une famille. Ce « Nous » existe dans la mesure où ils sont ou ont été ensemble. Il serait spécifique, imprévisible et non déductible au vu des caractéristiques psychiques des sujets familiaux.

Pour Eiguer (1989), la famille est forte du fait qu'elle bâtit un collectif où les lignes imaginaires et symboliques sont nombreuses et enchevêtrées, créant ainsi un réseau trans-subjectif qui construit ce « Nous » familial.

En s'inspirant de la théorie analytique du groupe, A. Eiguer (1989) met l'accent sur les rapports fantasmatiques entre les membres de la famille et propose une hypothèse concernant les liens dans la famille du sujet dépendant à l'héroïne.

Un lien, pour lui, c'est l'addition gestaltique de deux investissements d'objets, réciproques et simultanés. Chacun projette sur le lien la représentation de ses objets internes et de leur interfonctionnement revus et transformés dans sa subjectivité. La famille est particulièrement active dans l'intégration des corps-psychés des proches parents et dans la constitution d'une unité d'appartenance qu'Eiguer appelle le « soi-familial » (Eiguer 1989).

Les liens objectaux s'inspirent des représentations des objets internes, du souvenir de leurs liens relationnels qui sont déplacés sur un autre membre de la famille. Ces représentations sont la trace des grands-parents et des ancêtres, qui transmettent et imposent la loi de l'interdit, donc de la différence des sexes et des générations.

L'hypothèse d'Eiguer est que la famille du dépendant à l'héroïne est agitée par des comportements pervers qui feront partie de ses interactions inspirées également d'une intersubjectivité particulière entre leurs membres et qui soutiendraient le mouvement qui aboutit aux conduites de dépendance (Eiguer, 1989).

L'observation d'Eiguer des familles de dépendants à l'héroïne reconnaît un certain nombre de traits spécifiques qu'il regroupe en treize points: (Eiguer, 1989, p. 58-62).

- 1- La dépendance aux médicaments et à l'alcool n'est pas rare chez d'autres membres de la famille du toxicomane. Le mythe ou le fantasme selon lequel les difficultés psychologiques doivent être immédiatement comblées ou calmées par des médicaments, est assez répandu.
- 2- L'intolérance aux frustrations et à l'attente sont observées dans ces familles, il y a aussi une difficulté généralisée à proposer des moyens de pensée secondaire. Face à l'exigence pulsionnelle, émerge le processus primaire : platitude des processus préconscients et faible circulation fantasmatique .
- 3- Le lien entre le sujet dépendant et le parent du sexe opposé est souvent hyper-érotisé. Cela se traduit par des rapprochements voluptueux, y compris l'inceste, qui, curieusement, ne suscitent pas la jalousie chez l'autre parent.
- 4- Une admiration vénératrice des qualités physiques des membres de la famille est observée. Une partie de l'enfant notamment est vécue ou traitée comme un fétiche (beauté, musculature, intelligence).
- 5- Un désir mortifère à l'égard du jeune dépendant se manifeste souvent à la suite de la découverte de sa toxicomanie.
- 6- Les mécanismes de défenses qui circulent dans ces familles sont de nature semblable à ceux qui existent dans les familles les plus dysfonctionnelles. Se trouve surtout le déni

concernant l'utilisation de la drogue qui est « ignorée » pendant longtemps, et cela malgré les manifestations visibles de consommation. Aussi il y a le clivage qui se situe entre une interaction superficielle en accord et un détachement profond entre les membres de la famille.

- 7- Les conflits sont ouverts et nullement niés. Ils servent deux buts, l'excitation et la disqualification.
- 8- Les imagos transgénérationnelles sont imposantes ; au détriment souvent d'un soi familial déhiscent. Des ancêtres qui ont commis des actes délictueux dans un contexte légal sont vénérés.
- 9- Des conduites hyperactives ou une association d'efforts et de sacrifices masochistes sont repérées : « addiction » au travail chez l'un des parents, permettant d'éviter la relation avec les siens.
- 10- L'idéologie du plaisir suscite des crises et des conflits. Le climat de contrainte empêche le véritable accès aux satisfactions et à l'organisation des loisirs. Chez le toxicomane, la drogue permet la détente et facilite l'expression du plaisir.
- 11- Chez les autres membres de la famille, par rapport à la drogue, on observe tout à la fois facilitation et rejet projectif (c'est la faute aux copains), attitudes paradoxales qui sont alimentées par des manœuvres de séduction morbide du toxicomane se présentant comme victime de tiers.
- 12- L'admiration envers les ancêtres ayant commis des actes transgressifs se double parfois d'une admiration cachée envers les actes transgressifs ou délinquants perpétrés par tel ou tel enfant. Cette complicité est éventuellement en contradiction avec une attitude verbale sévère.
- 13- La confusion des générations se manifeste par un adolescent affichant une position parentale ; bien que par d'autres traits il se montre immature et dépendant.

Ces éléments de l'hypothèse d'Eiguer seront examinés dans la deuxième partie de cette thèse de recherche, en les comparant aux résultats de notre étude des vingt cas de sujets héroïnomanes, jeunes hommes et jeunes filles, avec leurs parents, pour voir à quel point l'expérience libanaise au sujet des liens dans la famille des héroïnomanes libanais correspond aux observations d'Eiguer et confirme son hypothèse.

3.3- Le dysfonctionnement familial au niveau du système d'interrelations familiales

Selon la perspective systémique, la famille est perçue comme un système, et ses membres participent aux relations dyadiques qui fonctionnent de manière interdépendante, ce qui signifie que les rapports père/enfant sont influencés, de manière indirecte, par les rapports de la mère envers l'enfant, ainsi que par la relation de la mère avec le père, selon une dynamique constante.

Les concepts de l'approche systémique permettent de comprendre les enjeux individuels et collectifs familiaux, que l'on pourrait schématiser en disant que tous les membres de la structure familiale ont un intérêt objectif à maintenir l'inscription du sujet dans la toxicomanie.

Les conduites addictives ne sont pas uniquement témoins de conflits intrapsychiques prévalents, mais doivent être également comprises comme les résultantes de dysfonctionnement sévère des relations entre le sujet et ses environnements familiaux (Miermont, 1987).

Ces conduites peuvent être comprises comme régulateurs du système familial puisqu'elles entravent les processus d'autonomisation des sujets, plaçant les membres de la famille dans une situation de codépendance.

Pour les systémiques, la dépendance à une substance telle que l'héroïne, est liée à un système d'interrelations familiales qui la perpétuent. L'homéostasie d'un système familial donne à besoin à un moment précis d'un patient désigné ; les interactions familiales, la personnalité du patient et la possibilité qu'il a de rencontrer un produit entraînera le choix de l'héroïne.

Le sujet-symptôme, le dépendant à l'héroïne, sert de bouc émissaire pour d'autres dysfonctionnements familiaux, il n'a pas d'autres alternatives, en tant que patient désigné, que de se conformer à ce statut de « symptôme ». Il prend sur lui toutes les charges de l'histoire familiale, et permet à la famille de maintenir son propre équilibre ou « homéostasie » (Miermont, 1987, p. 576).

3.3.1- Les liens dans le système familial dysfonctionnel du dépendant à l'héroïne

Pierre Angel, Sylvie Angel et Bernard Geberowicz (1983), dans leur travail avec les familles des héroïnomanes, sans toutefois tenter de définir un profil type des familles de ces héroïnomanes, ont pu repérer des séquences, des liens, des interactions spécifiques chez ces familles, et ils ont constaté qu'il existe des points communs qui régissent les liens dans ces

familles, ce qui les a incités à déceler des caractéristiques qui sont les plus souvent enchevêtrées dans la plupart des agencements relationnels et des anamnèses de ces familles :

1- La cécité familiale

Un temps de latence souvent long (plusieurs années parfois) sépare le début de la consommation d'héroïne et la découverte de la toxicomanie par la famille, même quand le jeune habite encore au domicile de ses parents.

La révélation de la toxicomanie est le plus souvent le fait d'une personne extérieure à la famille, d'une décompensation somatique ou d'un acte manqué du jeune lui-même.

2- Le déni de l'enjeu mortel

La famille, maintenant informée de la dépendance, méconnaît souvent les risques encourus par le patient désigné. Ce point, fréquent, est relié aux autres éléments touchant la mort et la maladie dans la famille. Le déni de l'enjeu mortel par la famille renvoie, sur un plan individuel, à la notion de risque chez le dépendant et au fantasme ordalique. C'est le destin qui a le pouvoir de vie et de mort, le risque vital est sans cesse présent mais jamais envisagé .

3- Les pathologies familiales

Un grand nombre de familles d'héroïnomanes qui viennent consulter présentent des états dépressifs, avec parfois tentatives de suicide, alcoolisme, toxicomanie, symptomatologie névrotique grave, et troubles somatiques sévères et invalidantes.

De plus, des conduites suicidaires et d'automédication sont fréquentes dans la famille élargie, ainsi qu'une disposition chronique à l'autodestruction, qui s'est développée pendant plusieurs générations et se révèle maintenant de façon radicale. La fascination pour la marginalité, les pulsions de mort, le fantasme ordalique transmis par l'histoire familiale se réaliseront par la pathologie du jeune toxicomane.

4- Les mythes familiaux

Le mythe est un discours unitaire assignant à chacun des membres de la famille des rôles rigides dont la définition est mutuellement acceptée. Toute mise en question du mythe est vécue comme menaçante pour l'équilibre familial. Les mythes familiaux peuvent être compris comme des équivalents, au niveau systémique, des mécanismes de défense individuels.

Parmi ces mythes Angel et Geberowicz citent :

- Le mythe de la bonne entente familiale : les familles tenteront de décrire leur équilibre comme idyllique avant la révélation de la faille que représente la conduite de dépendance du jeune héroïnomane.
- Le mythe de la marginalité : La famille de l'héroïnomane semble fascinée par la déviance. On repère dans ces familles la confusion des sentiments concernant le jeune. Se mêlent en effet la condamnation de son choix avec une sorte de respect de celui-ci au nom de la liberté.
- Le mythe d'expiation : Le jeune prend à son compte la culpabilité de la famille en plus de sa propre culpabilité. Il sera propulsé sur le devant de la scène, chargé, comme bouc émissaire, de tous les péchés et de toutes les iniquités dans la famille.

5- La toxicomanie comme conduite sacrificielle

Au niveau familial, le jeune prend sur lui une partie de la violence et des souffrances de la famille : les difficultés du couple, la mauvaise intégration des parents, les délits d'un frère s'effacent au profit d'une seule victime coupable, le toxicomane.

6- Les transgressions et le travail transgénérationnel

Une multiplicité des transgressions répétitives d'une génération à l'autre se met en évidence. Ces transgressions se situent à deux niveaux :

- par rapport à la loi, à la justice : délinquance, psychopathie.
- par rapport à la morale témoignant parfois de comportements pervers. Ce point se rapprochant, au niveau fantasmatique, de la transgression de l'inceste.

7- Les équivalents de l'inceste

Ils représentent la situation extrême créée d'une part par l'effondrement des barrières générationnelles et d'autre part par les transgressions repérées dans l'anamnèse familiale. En effet, la toxicomanie peut se voir comme l'évitement d'un désir incestueux. Toute une série de relations qui pourraient paraître incestueuses est déviée par la drogue du but érotique .

8- Régulation spatiale dans les familles de toxicomanes

Le système impliqué ne correspond pas toujours à la définition classique de « ceux qui vivent sous le même toit ». Plusieurs sous-systèmes peuvent être concernés : les oncles, les tantes, cousins, petit(e)s ami(e)s, les beaux-parents en cas de parents divorcés etc. De plus,

les séparations sont impossibles, ou plus exactement, même parti, le patient désigné reste attaché par un lien puissant qui entraîne souvent son retour.

Sylvie et Pierre Angel, ajoutent en 1989 quelques autres éléments caractéristiques des familles d'héroïnomanes. Parmi ces éléments nous signalons :

- La surreprésentation des traumatismes vécus par les familles et précédant l'entrée du jeune dans la toxicomanie : de nombreux décès ou accidents sont survenus dans les années précédant l'adolescence de ces jeunes.
- La surreprésentation des problèmes organiques et psychologiques présentés par les parents : un grand nombre de parents présentent des pathologies organiques (cancers, leucémies...) ou psychologiques (alcoolisme, dépression...).
- Les pathologies associées des frères et sœurs : des difficultés sont repérées chez les frères et sœurs, telles que des comportements addictifs, des tentatives de suicide et des troubles du comportement alimentaire.
- Les phénomènes d'acculturation et de déculturation : ils jouent un rôle important lorsqu'une rupture culturelle n'a pas été bien intégrée. Il s'agit souvent d'un décalage culturel entre les générations (parents par rapport à leurs familles d'origine, ou enfants immigrés de la seconde génération), mais il existe quelquefois des ruptures culturelles majeures entre le père et la mère.

Ces points communs qui régissent les liens dans les familles des héroïnomanes que P. et S. Angel et B. Geberowicz ont pu déceler à partir de leur expérience avec ces familles, seront examinés dans la deuxième partie de cette thèse de recherche, en les comparant aux résultats de notre étude des vingt cas de sujets héroïnomanes, jeunes hommes et jeunes filles, avec leurs parents, pour voir à quel point l'expérience libanaise au sujet des liens dans la famille des héroïnomanes libanais correspond aux observations de P. et S. Angel et B. Geberowicz.

3.3.2- La triangulation dans la famille du sujet dépendant à l'héroïne

Selon la théorie de M. BOWEN, le triangle est à la base de l'édification de tout système émotionnel dans la famille. Il arrive couramment que la tension entre deux personnes dans un système (habituellement les parents) atteigne un tel niveau qu'il soit trop inconfortable à supporter. Une tierce personne, (habituellement l'enfant) est « triangulée » pour réduire cette tension au sein du système, jusqu'à un niveau plus tolérable. L'aboutissement d'une telle triangulation dysfonctionnelle est habituellement l'apparition de coalitions inadéquates, à

l'intérieur ou à l'extérieur de la famille, et d'un symptôme comportemental indésirable chez l'enfant tel que la dépendance à l'héroïne (Miermont, 1987).

Les relations conjugales dans la famille de l'héroïnomane se trouvent souvent menacées par les relations de leurs propres parents, ce qui réactive les conflits transgénérationnels non résolus par ces parents. Ceux-ci se sentent exclus l'un par rapport à l'autre, si bien qu'ils se tournent vers l'enfant pour compenser leurs besoins insatisfaits par la relation conjugale. Déçus, chacun par l'autre, engagés dans la guerre conjugale, ils demandent paradoxalement tous à l'enfant de se ranger de leur côté, c'est-à-dire de prendre le parti de l'un contre l'autre. Ainsi l'enfant pris dans un conflit de loyauté, finit par s'éloigner de l'un des parents, à moins qu'il ne soit capable de les rassurer tous les deux en marchant entre eux sur la corde raide (Miermont, 1987).

Un enfant qui devient le patient désigné par une famille dysfonctionnelle assume la lourde tâche de maintenir ses parents unis ; il apprend qu'il peut les réunir en concentrant toute leur attention sur lui. Mais un tel procédé pour unir ses parents ne soulage pas totalement la souffrance conjugale, ni n'inclut réellement le patient désigné dans cette relation conjugale. Bien que l'enfant identifié n'arrive pas à soulager complètement la peine de ses parents, ceux-ci lui permettent de croire qu'il le peut et qu'il est essentiel à la relation conjugale ; l'enfant devient ainsi la victime d'une autre illusion : il se croit omnipotent (Miermont, 1987).

3.3.3- Le sujet dépendant de l'héroïne, le sauveur du système familial

Selon M. Ducan Stanton, le taux élevé de mortalité parmi les héroïnomanes est considéré comme un phénomène suicidaire ayant pour base la famille. Le désir de mort, ou l'injonction de mourir donnée à l'héroïnomane, est souvent exprimée clairement par la famille. Il est placé, selon Stanton (1983), dans le rôle du sauveur et martyr. Sa mort est vue comme un sacrifice noble dans lequel il est souvent un participant consentant.

Partant de la question si l'intoxication peut être essentiellement un phénomène suicidaire, si les drogues sont une alternative ou un substitut au suicide, Stanton tente de placer la relation mort-intoxication dans un contexte de systèmes familiaux, interpersonnels, en décrivant certains des processus qui l'accompagnent et en examinant son rôle dans la famille. Il présente un modèle basé sur l'idée que le membre héroïnomane dans la famille contribue, par son intoxication, à sauvegarder l'unité de la famille, et en particulier celle des parents, en leur permettant de faire bloc vis-à-vis de son incapacité. S'il va mieux et commence à devenir

indépendant, les parents peuvent commencer à se disputer ou à se séparer. S'il retombe dans l'intoxication, il leur permet de refaire leur unité en fonction de lui. En ce sens, l'héroïnomane est un fils loyal qui fait abnégation de lui-même et va au secours de sa famille. Il est un sauveur (Stanton, 1983).

Stanton signale, d'après une recherche qu'il a menée sur les caractéristiques familiales et le traitement familial des héroïnomanes hommes entre 20 et 35 ans, une prédominance des thèmes de mort dans les familles d'héroïnomanes, des relations fusionnelles et des liens étroits mère-drogué. Il voit qu'au sein de ces familles surgit un désir spécifique de mort à l'encontre de l'héroïnomane – exprimé le plus souvent par la mère, comme si, lorsqu'il meurt, elle peut l'avoir pour toujours sans craindre que d'autres le lui prennent (Stanton, 1983).

Stanton note aussi qu'il y a un symbolisme qui accompagne la mort réelle ou imaginaire du membre dépendant. Il devient le réceptacle de la tristesse et de la souffrance de la famille et peut-être de leurs instincts les plus bas. Il est leur linge sale. Il est la carpe sous laquelle on peut glisser toutes les mauvaises choses. Dans un sens, l'héroïnomane a presque la même fonction que l'ancien « pharmacos » grec qui était une personne (souvent un criminel) sacrifiée en guise de purification, c'est-à-dire un bouc émissaire. Tel une éponge, il était chargé d'absorber les impuretés de la communauté et était ensuite détruit avec son fardeau de méchanceté. De la même façon, le décès d'héroïnomane est vu comme une purification des fautes des autres. A l'encontre du « pharmacos », cependant, il est plus susceptible d'être un participant volontaire. Comme le « Christ est mort pour nos péchés », il porte à la fois le manteau d'un sauveur et d'un martyr qui emportera avec lui, au moment de partir, ce qu'il y a de pire dans la famille. S'il meurt, alors cette mort est noble. (Stanton, 1983, p. 105-106)

Conclusion

La famille, comme nous avons pu voir, est organisée selon des imagos, un ensemble de représentations inconscientes marquées par les deux pôles paternel et maternel.

Toute l'expérience clinique montre que la maternité constitue une fonction indispensable à la construction du sujet, car exerçant une synergie avec la fonction paternelle, elle contribue à la définition d'une fonction parentale les encadrant toutes les deux.

L'idée maitresse que nous avons tenté de développer dans ce chapitre, est que l'addiction peut être considérée comme un mode défensif face aux carences affectives dans les relations

précoces de l'enfant aux objets parentaux, qui font elles-mêmes référence à des traumatismes plus anciens comme nous allons le voir dans le troisième chapitre.

Dans les conduites addictives, une défaillance de l'étayage maternel ne permet pas à l'enfant d'élaborer les processus de séparation. Dans sa conduite addictive, l'objet drogue s'offre comme néo-objet de substitution, toujours à disposition, maîtrisable, évitant ainsi les angoisses de séparation et de castration. De ce fait, l'objet d'addiction devient le témoin d'une impossible séparation, il perpétue la dépendance à un objet transformé en un objet de survie.

Quant à la fonction du père en tant qu'image symbolique, elle vient arrêter la fusion avec la mère, et donner un sens à la limite sujet-objet et une consistance à l'espace de la non-mère. Par cette différenciation, la coupure d'avec la mère crée la triangulation œdipienne.

La toxicomanie semble aussi être une position subjective fondée sur le choix de la jouissance contre le désir lié à la fonction paternelle. Les toxicomanes sont dans un type d'évitement du langage, de récusation du Nom-du Père, au sens lacanien du mot.

Les conduites addictives semblent être également comme la résultante de dysfonctionnement sévère des relations entre le sujet et ses environnements familiaux.

Elles peuvent être comprises comme régulateurs du système familial puisqu'elles entravent les processus d'autonomisation des sujets, plaçant les membres de la famille dans une situation de codépendance.

L'homéostasie d'un système familial donné a besoin à un moment donné d'un patient désigné ; les interactions familiales, la personnalité du patient et la possibilité qu'il a de rencontrer un produit entraînera le choix de l'héroïne. Le sujet-symptôme, le dépendant à l'héroïne, sert de bouc émissaire pour d'autres dysfonctionnements familiaux, il n'a pas d'autres alternatives que de se conformer à ce statut de « symptôme ». Il prend sur lui toutes les charges de l'histoire familiale, et permet à la famille de maintenir son propre équilibre ou « homéostasie ». En ce sens, l'héroïnomane est un fils loyal qui fait abnégation de lui-même et va au secours de sa famille. Il est un sauveur.

Que ce soit au niveau des relations précoces avec les imagos parentales, ou bien au niveau de la structure familiale en tant que système, on ne peut limiter notre recherche sur la question de l'addiction à des problèmes interfamiliaux. Toute situation grave de dépendance résulte de carences ou de blessures affectives beaucoup plus anciennes.

Il semble que les parents qui paraissent perdre contrôle dans leur fonction parentale, rappellent toujours des liens de souffrance avec les générations antérieures, autour de la carence affective et identitaire. Une fragilité particulièrement prégnante dans la fonction parentale peut être reliée à des éléments traumatiques encryptés dans les liens de ces sujets avec leur propre famille. (Durastante, 2011)

Cela nous pousse à élargir notre étude pour aborder la question de la dimension transgénérationnelle dans les conduites de dépendance, qui sera le sujet du troisième chapitre.

Chapitre III : La dimension transgénérationnelle des conduites de dépendance.

Introduction

Le sujet se constitue selon deux déterminants convergents : La première est tributaire du fonctionnement propre à l'inconscient dans l'espace intrapsychique. La seconde est l'exigence de travail psychique imposée à la psyché du fait de sa liaison avec l'intersubjectivité, de son assujettissement aux ensembles dont procède le sujet- famille, les groupes, les institutions et les masses. La continuité psychique d'un sujet est assurée en partie par l'hérédité des dispositions psychiques qui, pour devenir opérantes, ont besoin d'être stimulées par certains événements de la vie individuelle. (Kaës et al., 1993).

Les dimensions transgénérationnelles peuvent influencer profondément le développement de l'enfant, « tout se passe comme si les branches les plus élevées de l'arbre de vie pouvaient s'écarter pour laisser passer la brise purifiée des hauts sommets » (Lebovici , 1994, p. 680).

Depuis plusieurs décennies, les recherches théoriques et leurs applications dans la pratique clinique commencent à prendre en considération la dimension transgénérationnelle à partir de laquelle se transmet la vie psychique entre les générations. Cet aspect est devenu fondamental dans la compréhension de différents troubles psychiques, y compris la toxicomanie (Nicolo and Strinati, 2007).

Les travaux des psychanalystes révèlent que « la transmission transgénérationnelle s'organise non seulement autour de ce qui échoue et n'a pas été métabolisé psychiquement, mais aussi par ce qui n'a pas été représenté ou n'est pas représentable » (Nicolo and Strinati, 2007, p. 63).

Nous essayerons dans ce chapitre de montrer le lien entre l'addiction et la transmission psychique transgénérationnelle. Notre but sera d'analyser plus en amont ce qui se passe dans les conduites addictives à ce niveau, pour mettre du sens sur ses origines et sur son objectif.

Dans Totem et Tabou (1912), Freud a commencé à évoquer la notion de transmission pas seulement d'une trace mais plus encore de l'absence de trace, ce que Lacan reprend dans son interprétation de « la lettre volée » d'Edgar Poe. Dans ce récit, « la lettre arrive toujours à son

destinataire même s'il n'a pas été conçu comme tel par le transmetteur. La trace suit son chemin par d'autres voies, à travers d'autres personnes, jusqu'à ce qu'un destinataire se reconnaissant comme tel s'en fasse le porteur (souvent indûment) et éventuellement le décrypte ». La transmission dans ce cas est celle d'une absence de transmission dans la mesure où tout sujet est capable d'écouter sans le vouloir le langage du corps, les non-dits, les regards et la tonalité de la voix. En fait, « Ce qui n'a pas été symbolisé dans une génération par oubli, déni ou forclusion, fait retour dans le réel du corps ou du comportement dans la génération suivante sous forme de secret, de fantôme ou d'impensé qu'il faut se garder de prendre pour des causes faisant destin tant la vérité du sujet reste irréductible à l'exactitude des événements de son histoire », affirme Durif-Varembont (2004, p. 217).

Nous tenterons dans ce chapitre de discuter des questions sur la transmission transgénérationnelle des secrets, des fantômes et des cryptes ; de quels moyens une génération se sert-elle pour transmettre ses états psychiques à la génération suivante et dans quelle mesure convient-il de tenir compte de la continuité psychique de la vie des générations successives.

3.1- La transmission psychique entre les générations et à travers les générations

J. Hassoun (1994) décrit la transmission comme étant « ce trésor que chacun se constitue à partir des éléments livrés par les parents, par l'entourage, et qui, par des rencontres hasardeuses et des événements passés inaperçus, s'articulent au fil des ans avec l'existence quotidienne pour jouer leur fonction principale : celle d'être fondatrice du sujet et pour le sujet ».

C'est Freud qui a proposé la notion d'un travail de la transmission psychique entre les générations et à travers les générations. Tout au long de ses écrits, la question de la transmission est affirmée, selon des accentuations remarquables. De ce fait, la question de l'hérédité va l'accompagner depuis « les Études sur l'hystérie » (1895) jusqu'aux derniers textes de « Analyse terminée, analyse non terminée » (1937) et de « *L'homme Moïse et la religion monothéiste* » (1939). « L'Interprétation du rêve » (1900) va inaugurer une autre voie en rapport avec la question de l'hystérie : celle de la transmission inconsciente par identification à l'objet ou au fantasme du désir de l'autre. « Totem et Tabou » (1912-1913) trace une autre voie, et forme une réponse de Freud à un problème de transmission. Il porte sur ce qui se transmet de génération en génération : la transmission du tabou, de la faute, de la

culpabilité et des interdits, conséquences de la faute contre le père, et sur sa propre paternité (Kaës et al., 1993).

« Totem et Tabou » sera une réponse de Freud à un problème de transmission de la psychanalyse. Dans cet ouvrage, Freud note que rien de ce qui aura été retenu ne pourra demeurer entièrement inaccessible à la génération qui suit, ou à celle qui vient encore après, Il s'en marquera des traces, au moins dans des symptômes qui continueront à lier les générations entre elles, dans une souffrance dont l'enjeu entretenu leur restera inconnu. (Kaës et al., 1993).

Dans « Pour introduire le narcissisme » (1914), Freud situe l'individu à une généalogie qui l'engendre et le dépasse en tant que « maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté (...) », au fur et à mesure qu'il sort de son narcissisme primaire et qu'il construit l'objet interne, duquel il se différencie au fur et à mesure. Il passe ainsi du sentiment « qu'il est à lui-même sa propre fin », à celui de faire partie, malgré lui, d'une chaîne qui le lie sans qu'il n'y puisse rien. « Il est le véhicule mortel d'une substance virtuellement immortelle, tel un usufruitier qui bénéficie seulement temporairement d'un instinct qui lui survivra ». (Freud, 1914, p. 81)

Dans le même ouvrage, Freud nous montre comment l'enfant peut rester captif des idéaux narcissiques parentaux, et que la relation d'objet peut être l'héritière de ce narcissisme : « l'amour des parents, si touchant, et au fond si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature. » (Ibid, p. 157-158).

Dans « *L'inquiétante étrangeté* » (1919), Freud aborde la manière dont le semblable-différent se construit parfois en tant que double narcissique. L'étrangement inquiétant est dû à un mécanisme de répétition involontaire de quelque chose de familier pour la vie psychique mais qui a été jusqu'alors occulté à la conscience par le refoulement (Durastante, 2011).

Avec « psychologie des masses et analyse du moi » (1921) et « Le Moi et le Ça » (1923) Freud relance la question de l'identification, du Moi e du Surmoi quant aux processus et aux enjeux de la transmission (Kaës, 1993).

Dans son ouvrage « L'homme Moïse et la religion monothéiste » (1939), Freud souligne une fois encore que « l'héritage archaïque de l'homme n'englobe pas seulement des dispositions mais aussi des contenus, des traces mnésiques relatives au vécu de générations antérieures. Du

même coup, l'ampleur aussi bien que l'importance de l'héritage archaïque se trouveraient accrues de manière sensible ». (Freud, 1939, p. 103)

Dans ces textes, Freud invoque ce qui échappe à l'individu, soit dans la mesure où il n'est que « maillon d'une chaîne » soit dans la mesure où un mécanisme de répétition s'opère, donnant lieu à un sentiment de déjà vu, étrangement inquiétant, qui nous évoque les fantômes de transgénérationnel et les traumatismes enfouis de l'histoire familiale, qui passeraient dans la répétition des inadéquations qui distinguent le lien parents-enfants (Durastante, 2011).

A partir de ce que Freud évoque à propos de la transmission transgénérationnelle, l'on se demande comment se transmet ce qui est à transmettre ? Et comment une personne peut-elle être concernée par une histoire qui appartient à un autre ?

3.1.1. Le télescopage générationnel

Les identifications inconscientes, en particulier des identifications « aliénantes » où l'enfant est pris dans la logique narcissique de ses imagos parentales, peuvent constituer des traces psychiques longtemps silencieuses (H. Faimberg, 1987, 1993). Dans la lignée des travaux d'Abraham et Torok (1978) et de A. de Mijolla (1986), Faimberg (1993) développe le concept de « télescopage des générations » qui s'accompagne d'une identité sous le signe de la négation.

Pour H. Faimberg, le télescopage des générations renvoie aux « conditions cliniques pour que se révèlent les identifications inconscientes solidaires d'une histoire qui condense trois générations ... qui, tout au moins en partie, n'appartient pas à la génération du patient ». (Faimberg, 1993, p. 66)

Si la différence des générations est liée à l'écoulement inévitable du temps, celui, au contraire, de la distribution des générations et le télescopage met en évidence un temps circulaire, répétitif.

Dans le télescopage, l'histoire n'est pas transmise à l'enfant sous forme de message clair, mais elle est en rapport avec le mode du dire et du non-dire des parents. Les parents eux-mêmes ne sont pas les personnages uniques de cette relation, car ils sont, de leur côté, inscrits inconsciemment dans leur propre système familial. Cela explique que trois générations sont impliquées dans ce type d'identification. Pour Faimberg, la notion du travail psychique de la transmission s'entend comme le processus et le résultat de liens psychiques entre des appareils

psychiques et comme les transformations de cryptes et de fantômes, d'un non-travail de la transmission psychique. Elle requiert la différenciation entre ce qui est transmis et ce qui est reçu et transformé, surtout dans le travail d'appropriation du sujet de l'héritage et de la transmission par le Je qui en assume la pensée et la place. Elle fait de la catégorie de l'après-coup, la catégorie centrale de la pensée de l'origine, du processus psychique et de l'à-venir : elle projette l'hypothèse phylogénétique dans son espace heuristique productif : celui de la réinscription interprétative, et non celui de la causalité linéaire. (Faimberg, 1993)

Il semble qu'une histoire familiale se transmet sur le mode du non-dit des parents quand une perte d'objet n'a pas été reconnue par eux. L'enfant risque alors de s'identifier à la non-existence de l'objet perdu des parents, dont ils ont dénié la perte (Lhomme-Rigaud, 2011).

Pour J. Cournut, le « trop plein d'excitation lors d'un sentiment inconscient de culpabilité peut être une piste signalant un deuil raté, ou toute autre situation d'abandon, que le parent mal endeuillé paraît avoir imposée à son enfant précocement ». (Cournut, 1983, p. 129)

Pour R. Kaës, ce qui se transmettrait serait « ce qui reste en souffrance dans la transmission même. La transmission serait ainsi surtout celle d'un non-savoir, d'un non-objet, d'un manque, relevant de la négativité, passant sans transformation de génération en génération ». (Kaës, 1993, p. 58)

A noter que les recherches de N. Abraham et M. Torok sur le deuil, l'incorporation, la crypte et le fantôme ont joué un rôle décisif dans le renouvellement des perspectives de la recherche. L'accent est alors porté sur le défaut de la transmission soulignant le rôle de la faute cachée, du secret, de la non-symbolisation (Kaës, 1993).

Faimberg et Corel affirment que « les faits les plus douloureux pourraient être l'objet d'une transmission non aliénante. La dialectique de l'exploration des vérités psychiques par le sujet oscille entre le connaissable et l'inconnaissable [...]. Dans la transmission aliénante les parents perdent la fonction de garants, pour l'enfant, de la valeur de l'exploration des vérités psychiques et se substituent à lui. L'enfant reste assujéti à ce que les parents disent ou taisent. Il dépend alors (d'une façon paradoxale), pour sa propre survie psychique, de cette version narcissique fondatrice qui est gardée sous silence par les parents, perdant ainsi le libre accès à l'interprétation de son propre psychisme ». (Faimberg et Corel, 1989, p. 278)

Lorsque l'histoire n'a pas été psychisée de manière suffisante pour devenir récit-témoin de l'existence d'une mémoire vive, fût-elle amnésiée refoulée, elle demeure écrite dans le corps, par exemple comme signifiants formels. La symbolisation s'en trouve alors remplacée ou étayée par le corporel et les diverses formes du réel (Baranes, 1993).

3.1.2. La transmission organisée à partir du négatif

La transmission se joue électivement, du point de vue de R. Kaës, dans le registre du négatif, de la défaillance du contrat qui lie chacun à l'ensemble et l'ensemble à chacun.

Que la transmission s'organise à partir du négatif, à partir de ce qui manque et fait défaut, cela avait été repéré, selon Kaës, en 1914 par Freud dans « Pour introduire le narcissisme », le narcissisme de l'enfant s'étaye sur ce qui manque à la réalisation des « rêves de désir » des parents. La plupart des recherches contemporaines nous confronte à une négativité plus radicale : « C'est à partir de ce qui est non seulement faille et manque que s'organise la transmission, mais à partir de ce qui n'est pas advenu, ce qui est absence d'inscription et de représentation ou de ce qui, sur le mode de l'encryptage, est en stase sans être inscrit. ». (Kaës, 1993, p. 12)

Kaës exprime aussi que toute affiliation se fait sur les failles de la filiation. Les liens du groupement comme ceux du couplage sont tissés essentiellement sur l'héritage négatif, c'est-à-dire sur ce qui dans la transmission actuelle et/ou les transmissions antérieures n'a pas pu être transformé, intégré psychiquement et symbolisé. Ce qui se transmet dans la transmission inter ou transgénérationnelle, dans la trans-subjectivité des couples et des groupes, c'est surtout ce qui manque, ce qui fait défaut, ce qui n'a pas été inscrit, ce qui a été nié, dénié, refoulé ou projeté, ce qui est tu, caché, non-dit, etc. La transmission négative concerne la transmission du manque (ce qui manque à la parole-et en même temps la rend possible), et la transmission du caché, du secret, du fantôme (sous l'effet de l'interdit, de la honte, du tabou, de la culpabilité...). L'objet de la transmission négative s'affirmera, dit Kaës, par différentes faces du négatif, comme la dénégation, le déni, le rejet (Enriquez, 1993).

Evelyne Granjon (1987) étudie la transmission du négatif à partir de l'hypothèse de Kaës. Elle conçoit l'héritage généalogique comme un 'proto-organisateur' du groupe familial, et différencie la transmission psychique intergénérationnelle et la transmission psychique transgénérationnelle : la première concerne les objets, fantasmes, histoires, romans, mythes

familiaux, qui apportent au sujet des éléments psychiquement intégrables et favorisent les processus d'identification lui permettant de constituer son propre appareil psychique. Cette transmission s'accompagne d'un processus de transformation, le préfix inter exprimant l'écart qu'implique un tel processus. D'autre part, la transmission psychique transgénérationnelle concerne la transmission du négatif, c'est-à-dire les secrets, les non-dits, 'fantômes' et autres objets irreprésentables. Ceux-ci sont transmis tels quels, sans transformation, le préfixe « trans » rendant compte de ce passage à travers les générations et à travers les processus de symbolisation. « Omniprésents faute de pouvoir être pensés absents, certains ancêtres ou certains événements anciens envahissent le champ psychique familial », précise-t-elle. (E.Granjon, 1987).

3.1.3. La transmission de ce qui reste énigmatique et intransmissible

Les travaux d'Abraham et Torok insistent sur ce fait : rien ne peut être étouffé qui n'apparaisse quelques générations après, comme énigme, comme impensé, c'est-à-dire comme signe même de ce qui n'a pu être transmis dans l'ordre symbolique (Gannagé, 1998).

R. Kaës souligne le caractère énigmatique des objets de la transmission. Ce qui se transfère, c'est ce qui reste énigmatique. La transmission témoigne d'une non résolution de l'énigme. On pourrait dire également que c'est ce qui est réprimé qui se transmet : la transmission a lieu sous l'effet de la répression (Ibis, p. 71).

Quant à Pierre Fédida et Robert (1982), ils soulignent que « tout ce qui touche à l'hérédité et à la procréation définit une zone interhumaine violemment fragile où se cristallisent les angoisses les plus archaïques et qui donne la parole aux croyances les plus énigmatiques ».

De son côté, J.-P. Durif-Varembont observe que « toute transmission entre générations s'appuie sur un intransmissible. Elle est à envisager non comme un magot qu'on se repasserait sans perte et sans frais de l'un à l'autre mais comme une course de relais où, pour filer la métaphore sportive, le passage du témoin nécessite un temps commun et un temps différencié. Personne ne peut tout transmettre pas plus que la totalité de son expérience ou de sa connaissance. La place de sujet dans la filiation et l'identité sexuelle, sont surtout objet d'une transmission familiale et sociale en grande partie inconsciente ». (Durif-Varembont, 2004, p. 211)

La psychanalyse encourage une réflexion rigoureuse sur cet « inestimable objet de la transmission » (P. Legendre, 1985) créé par les tabous, « par les lois de l’alliance et de la filiation, par le partage, sous forme des rituels et des langages les plus divers... de l’énigme de l’origine, du désir et de la mort » (Ibis, p. 213).

Les signifiants, au sens lacanien, qui passent entre les générations, posent, selon Durif-Varembont, « la question de l’aliénation constitutive du sujet au discours de l’Autre, de sa liberté par rapport aux déterminations de la chaîne signifiante, du rapport de la transmission aux processus identificatoires. Des signifiants circulent mais ne font pas l’objet d’une transmission avec ce qu’elle implique d’adresse et de processus d’inscription, sous forme de blanc énigmatique ou de répétition d’un symptôme ou d’un destin ». Effectivement, la répétition montre qu’a été transmis l’indice d’une non-transmission. « L’absence d’inscription et de représentation, conséquence logique du défaut d’interprétation, de transformation de l’objet par un sujet pour un autre, fait circuler un énoncé énigmatique, un signifiant brut d’affect, hors d’un rapport d’énonciation désirante : une partie est transmise, l’énoncé, vrai ou faux, l’autre est retenue, l’énoncé hors parole, réduit à sa dimension langagière. Du coup, le symptôme manifesté par la deuxième ou la troisième génération se retrouve complètement détaché de son sens originel ». Ainsi, « l’histoire de la génération précédente envahit la suivante par incursion projective et cette dernière s’identifie à l’objet du fantasme ou de l’angoisse projetée sur elle » (Ibis, p. 219).

La transmission est inscrite dans le registre du signifiant au sens où Lacan définit le signifiant comme « ce qui représente le sujet pour un autre signifiant », d’où l’importance fondamentale de la dimension d’adresse, avec ce qu’elle implique de spécificité. « Les signifiants circulent de façon métonymique d’une représentation à l’autre jusqu’à faire symptôme et contaminent la génération suivante par imprégnation projective. Le sujet cédé à son fantasme comme clé de lecture de la destinée familiale ne peut assumer son histoire et se retrouve le porteur ou le jouet d’une histoire qui n’est pas la sienne, incapable de réaliser le tri entre ce qui lui appartient et ce qui ne lui revient pas » (Ibis, P. 220).

3.1.4. La transmission comme objet d’identification aliénante

Les fantasmes d’identifications plus ou moins aliénantes pour le sujet sont pour Alain De Mijolla des « visiteurs du moi », des « non-morts de notre préhistoire familiale », qui parfois semblent nous traverser et parler par notre bouche ». Les fantasmes d’identifications

ont une histoire dont la reconstitution de la trame met au jour une généalogie des fantasmes. (De Mijolla, 2000, p. 103)

Les identifications inconscientes aliénantes, « où l'enfant est pris dans la logique narcissique de ses imagos parentales, peuvent constituer des traces psychiques longtemps silencieuses » (Bader et al, 2004, 413).

Ciccone (2012), propose la notion d'empiètement imagoïque dans la transmission pour désigner le processus par lequel un imago parental, un objet psychique du parent, s'impose ou est imposée comme objet d'identification de l'enfant et comme objet d'identification pour l'enfant. Ce processus utilise les voies de l'identification projective mutuelle:

- du côté parent, l'imago est projetée et identifiée à l'enfant, le parent usant de manœuvres dans la relation interactive visant à confirmer cette identification ;
- du côté enfant, l'imago est soit captivante, elle est alors pénétrée et génératrice d'un faux self, soit persécutrice, elle est alors rejetée et source de luttes incessantes visant à la contrôler et à la maintenir à distance.

Dans les deux cas, l'imago est aliénante et prive l'enfant d'une autonomie face à ses objets psychiques. L'espace mental « squatté » par l'objet d'un autre prive le sujet de liberté.

On peut surtout relier l'empiètement imagoïque aux perturbations identitaires, effets du fantasme de renversement de l'ordre des générations (E. Jones), au travail toxique des objets transgénérationnels (A. Eiguer), aux identifications aliénantes par capture identificatoire et par télescopage des générations (H. Faimberg). (Ciccone, 2012, p. 82)

Le sujet est en souffrance d'appropriation. Il achoppe à reprendre à son compte ce qui lui est transmis et à être le sujet de son histoire.

Comment se transmettent les objets identificatoires ? Bader perçoit qu'ils « dépendent du caractère pathologique de l'objet transgénérationnel. Lorsque les objets transgénérationnels représentent des objets honteux, des « fantômes » ou des objets idéalisés et magnifiés, le sujet est alors confronté à des identifications aliénantes » (Bader et al., 2004, p. 413).

L'étude de la transmission psychique, selon Ciccone (2012), contient l'étude des formations et des processus qui participent à installer les alliances inconscientes, à côté de l'étude des processus d'identification et autres processus intersubjectifs. En outre, tout lien intersubjectif

stable contient la transmission d'un impensé, et se fonde sur l'accomplissement d'une transaction inconsciente fixant dans le lien le destin de cet impensé.

La voie principale de transmission psychique, pour Ciccone, concerne les processus d'identification projective et particulièrement les voies non verbales ou infra verbales de transmission. Les messages inconscients se transmettent par le non-verbal, par le comportement, par les attitudes, par tous les gestes, les signes qui composent la communication et auxquels chaque sujet est sensible, et encore plus le jeune enfant sans langage (Ciccone, 2012).

De son côté, A. Eiguer souligne le rôle de l'identification narcissique lors des transmissions problématiques. Pour lui, « l'objet transgénérationnel se réfère à un ancêtre, à un des grands-parents (aïeul) ou à un autre parent ou collatéral des générations antérieures, qui suscite des fantasmes et des affects, qui provoque des identifications, celles-ci interviennent dans la constitution d'instances psychiques chez l'un ou plusieurs membres de la famille ». (Eiguer, 2001, p. 104)

Ces « objets » font partie du monde d'objets inconscients s'organisant dès que les parents s'engagent dans une relation d'amour. Lorsque la famille est constituée, « ces représentations objectales sont projetées dans le contexte des liens objectaux, chacun des parents s'adresse à l'autre d'après le modèle de ces représentations. Elles véhiculent des légendes, des coutumes et un jargon commun éventuellement, ainsi que des choix de vie, des choix professionnels, une religion, des idéaux et des stratégies pour les atteindre, appliquées éventuellement dans le passé lointain ». Ces représentations rassemblent les membres de la famille. Cela fait rappeler les suggestions de P. Aulagnier (1975), qu'un « contrat narcissique » relie parents et enfants, les derniers vont accomplir les vœux idéaux des premiers, leur appartenance à la famille leur semble le justifier » (Eiguer, 2001, p. 278).

De sa pratique avec les familles des héroïnomanes, Alberto Eiguer (1997) a distingué quatre variantes essentielles d'objets transgénérationnels qu'on peut voir dans chaque structure familiale, susceptibles de coexister dans une même lignée :

« 1- Le fantôme, personnage gardé secret, dans les familles gravement dysfonctionnelles de patients psychotiques, psychosomatiques, ou qui arrivent

difficilement à gérer une adoption, une recomposition familiale, une mesure de justice appliquée à l'un des leurs. (Familles narcissiques).

- 2- L'objet d'un deuil (disparition, éloignement) d'un des grands-parents, un proche ou un enfant, idéalisé, empêchant la famille d'évoluer. Dans ce cas, l'objet est vénéré, très présent dans les échanges, mais pas assez « parlé », relié à d'autres représentations. L'idéalisation empêche que l'on se réfère à cet objet de façon simple, affectueuse, que l'on veuille le rendre humain. Cette modalité est rencontrée dans les pathologies de la prime enfance : de sommeil, de l'alimentation, somatiques. Le destin familial serait ici vécu comme marqué par la fatalité, laquelle pourrait par ailleurs être sollicitée inconsciemment de façon masochiste. (Familles anaclitico-dépressives).
- 3- L'objet transgénérationnel « imposteur » dont les œuvres sont présentées comme signes de prouesse, de perspicacité, justifiées éventuellement pour des raisons économiques : « S'il n'avait pas mis la main dans la caisse, il n'aurait pas pu faire vivre sa famille », disait la mère d'un jeune délinquant concernant son propre père. Les identifications mimétiques et parfois caricaturales de l'ancêtre se retrouvent ici, ainsi que dans les cas antérieurs. (Familles perverses.)
- 4- L'objet de désir œdipien. Dans ce cas, il s'agit d'un attachement libidinal du parent envers son propre parent, source d'inductions particulières : l'enfant « devrait » ressembler à cet aïeul, plus qu'à son conjoint. Cette contrainte est présentée avec séduction et de façon théâtrale. (Familles névrotiques). » (Eiguer 1997, p. 278)

Eiguer ajoute que les adolescents sont les agents principaux du vécu transgénérationnel. « Ils adoptent facilement les traits de personnalité des ancêtres ; ils ne les ont pas connus, mais, par d'obscurs mécanismes, leur personnalité se modifie au point de leur ressembler. Il est probable que les récits fragmentaires faits en famille sur les gestes et œuvres, les exactions des ancêtres, réveillent leur curiosité, et en étant eux-mêmes en rupture par rapport à l'ordre consensuel familial, en cherchant des « héros » opposés au père et à la mère, ils s'en sentent proches. Étant à l'affût de ce qui dérange les parents, ils captent ce que l'on veut leur occulter » (Eiguer, 2001, p. 107).

Le fantôme de l'ancêtre, surtout durant l'adolescence d'un enfant, devient trop présent dans la vie actuelle de la famille « parce que l'adolescence sollicite et réinterroge la place de chaque membre de la famille, son identité est sujette à des questionnements massifs. Si le jeune a le sentiment qu'il y a des « laissés pour compte » honteux dans la généalogie, il tend à les intégrer, mais dans la mesure où ces représentations ne sont pas parlées, il s'identifie de façon mimétique à elles. Alors il reproduira leurs comportements » (Ibis, p. 108).

3.2- La transmission des secrets de famille, fantôme et crypte

Le passé que les parents croient dépasser vient parfois visiter leur descendant « comme un ''fantôme dans la chambre des enfants'' qui se dépose sur le bébé, il peut comporter une enclave psychique, comme si le parent était condamné à répéter avec son bébé la tragédie de sa propre enfance » (Fraimberg & al., 1983, p. 57).

3.2.1- Du secret des parents au secret des grands-parents

Pour Tisseron, « chaque génération confrontée à un secret qu'elle ne maîtrise pas, a tendance à construire ses propres secrets en réaction. Après la troisième génération, le souvenir du secret initial est effacé, mais de nouveaux secrets sont apparus » (Tisseron, 2004, p. 58).

Un enfant devant un secret qui ne lui appartient pas, n'arrive pas à comprendre ce qu'il perçoit. La façon d'envisager le secret montre comment les parents peuvent « tromper » et perturber leur enfant parfois sans le savoir. « Il suffit qu'il porte en lui ce secret qui clive son psychisme » (Tisseron, 2004, p. 60).

Ce qui caractérise le secret, pour Tisseron, c'est ce clivage de son porteur, qui amène ses proches à être clivés eux aussi. En fait, « sous l'effet d'un secret qu'il pressent, le psychisme d'un enfant ou d'un adulte est toujours amené à se diviser en deux. D'un côté, il est obligé d'apprendre à repérer l'existence du secret douloureux à de multiples indices de manière à ne pas courir le risque de confronter trop brutalement son parent à cette zone douloureuse de lui-même. Et, d'un autre côté, il est obligé de faire comme si ce secret n'existe pas ». (Tisseron, 2004, p. 60).

Un tel clivage a des conséquences menaçantes sur les aptitudes de dissimulation de l'enfant. « Il apprend à cacher ses sentiments, ses pensées, et inaugure avec le monde une relation faite de repli » (Ibis, p. 61).

Dans les familles qui portent des secrets que les enfants ne peuvent pas contrôler, ces derniers finissent par créer de nouveaux secrets qu'ils pourraient maîtriser. Cependant, leurs propres enfants en seront, à leur tour, les victimes. Dans tous les cas, « un secret de famille que tout le monde connaît et fait semblant d'ignorer en cache fréquemment un autre, qui peut être aussi important, dans les générations précédentes » (Ibis, p. 63).

Il faut noter que l'importance des secrets ne repose pas tant dans leur contenu que dans leur effet sur la relation au sein de laquelle ils sont implantés, et bien sûr, les liens familiaux exercent une puissante influence au niveau de leur signification et de leur impact émotionnel (Loriedo and Vella, 2004).

Les secrets, comme l'affirme Bader, « ne concernent pas que des aspects négatifs ». Et les secrets non avoués ont la capacité de « refléter l'atteinte d'une unité du self » (Winnicott, 1958). Toutefois, les lacunes des représentations psychiques peuvent être derrière beaucoup de pathologies, la toxicomanie en représente un exemple (Bader et al. 2004, 411).

Le secret subit « une double déformation consciente et inconsciente qui modifie le contenu factuel et la signification initiale ». Et le sens du secret réside dans « son impact symbolique et sa place dans la trame inconsciente, ne possédant pas une valeur d'énigme, mais comme une enclave extraterritoriale qui est tue des problématiques identificatoires inconscientes » (Ibis, p. 411).

Les secrets néfastes et destructeurs clivent la personnalité, entre la partie qui sait et celle qui ne doit pas savoir ou qui doit faire comme si elle ne savait pas, et donc lui font du tort. Les ravages, le clivage, le non-dit et l'impensé touchent aussi la personnalité des descendants, car le poids du secret peut être terrible et causer des dommages sur plusieurs générations. Les secrets faits aux enfants par exemple sur la mort d'un parent ou de grands-parents sont nocifs, comme le secret sur le divorce, la maladie grave, la prison, ou l'adoption, et font des ravages et des traumatismes (Ancelin Schutzenberger, 2004).

Les recherches sur les secrets de famille de N. Abraham et M. Torok (1978), montrent que la première génération, après une « honte sociale », se tait ; les secrets sont traumatisants à dire, et cette génération a le souci d'en protéger la famille et les enfants trop petits pour y faire face. Dans la seconde génération, le non-dit devient comme un caveau interne, une tombe ou

une « crypte » dans son cœur, et ensuite comme un « fantôme » criant et se déclarant par des maux (Ibis, p. 40).

Tisseron souligne que « lorsqu'un adulte est porteur d'un événement douloureux, inassimilable par son propre système psychique et de surcroît chargé de culpabilité, il va tendre à se protéger contre tout risque de voir cette douleur réveillée dans ses échanges. Il va donc organiser ses relations de manière à inhiber toute manifestation verbale ou affective qui pourrait entrer en relation avec son propre secret qu'il ne peut pas dire ». (Tisseron, 1986, p. 137)

3.2.2. La notion de fantôme et de crypte dans la transmission générationnelle

Les secrets transmis d'une génération à une autre ont des conséquences désorganisantes, le cas du fantôme et celui de la crypte en représentent les exemples les plus connus. Eiguer postule qu'un membre de la famille cache une représentation honteuse relative à un ancêtre ou aïeul ayant commis un délit ; puis il interdit aux enfants de poser des questions sur ses faits ; cela peut avoir pour conséquence la formation de cryptes (Eiguer, 2001).

Les notions de « crypte » et de « fantômes », en faisant l'hypothèse d'une transmission d'inconscient à inconscient, ont été particulièrement étudiées par Abraham et Torok (1978), et cela en partant des hypothèses sur l'introjection de Ferenczi (1909). Le « fantôme » traduit le travail au sein de l'inconscient d'un secret inavouable d'un autre membre de la famille dont le deuil s'avère impossible. L'échec de l'élaboration constitue un caveau intrapsychique, une « crypte » qui enfermerait « tous les mots qui n'auront pu être dits, toutes les scènes qui n'auront pu être remémorées, toutes les larmes qui n'auront pu être versées ». La « désobjectalisation » est le point central de l'identification endocryptique, le moi étant entièrement décentré par rapport à un objet interne « occulte » (Torok, 2002, p. 414).

Abraham et Torok (1987) définissent le fantôme comme étant « le travail dans l'inconscient du secret inavouable d'un autre ... Sa loi est l'obligation de nescience. Sa manifestation, la hantise, est le retour ... dans des paroles et actes bizarres, dans des symptômes (phobiques, obsessionnels...) ». (Abraham et Torok, 1987, p. 123) Le fantôme serait, pour ses auteurs, issu de la transmission d'une crypte définie comme étant : la formation de l'inconscient, effet du secret inavouable partagé avec un objet de deuil ayant eu fonction d'idéal. C'est la transmission de ce secret qui constitue le fantôme. Ce dernier se développerait ensuite à partir

de la deuxième génération et il résiderait dans l'inconscient. Le fantôme n'est jamais conscient. Il résulte du passage de l'inconscient d'un parent à l'inconscient d'un enfant (Ibis, p. 249).

Le fantôme serait radicalement hétérogène au sujet et à toute expérience du sujet, il ne serait que le témoignage de l'existence d'un mort enterré dans un autre. Le fantôme ne serait qu'un corps étranger, bizarre parce que totalement étranger au sujet, mais qui agirait sur les faits et gestes du sujet, prenant par exemple la contrepartie de ses désirs. Le sujet apparaîtrait comme possédé non pas par son propre inconscient, mais par celui d'un autre. Le travail du fantôme serait en tous points identiques au travail de la pulsion de mort (Ciccone, 2012).

Comment se transmet le fantôme ?

Selon Abraham et Torok, le fantôme passe par la parole, de l'inconscient du parent à l'inconscient de l'enfant. Il passe notamment par des mots qui désignent chez le parent « non pas une source du dire mais une lacune dans le dicible. L'apparition du fantôme indiquerait donc les effets sur le descendant de ce qui avait eu, pour le parent, valeur de blessure, voire de catastrophe narcissique » (Abraham and Torok, 1987, p. 430).

Les parents « à secrets », et ceux « dont le dire n'est pas strictement complémentaire à leur non-dire refoulé, transmettront une lacune dans l'inconscient même, un savoir non su, une nescience, objet d'un 'refoulement' avant la lettre. Un dire enterré d'un parent devient chez l'enfant un mort sans sépulture » (Ibis, p. 297).

Dans cette description de la transmission inconsciente, il est important de tenir compte de tout le champ de la communication non verbale, infra verbale, de tout ce qui se transmet non seulement dans le dire, mais aussi et surtout dans la manière de dire, ainsi que dans les attitudes et les comportements qui confirment ou infirment, entretiennent ou effacent ce que transmet la parole (Ciccone, 2012).

A. Eiguer s'interroge sur la « circulation de la figure du fantôme dans la famille » et souligne la façon dont le fantôme ou le secret est excitant. Il propose ainsi l'hypothèse selon laquelle « le secret qui enveloppe la référence fantomatique fait généralement 'beaucoup de bruit'. Ceux qui gardent le secret jettent un tel interdit sur toute allusion aux faits et aux œuvres du fantôme que cela laisse perplexes, mais non moins intéressées, les personnes qui devraient

rester à l'écart du secret (notamment les enfants). Ces dernières sont frappées par la passion que mettent les gardiens du secret à le cacher ». (Eiguer, 1987, pp. 113-114)

A. de Mijolla (1981) décrit les « visiteurs du moi », dont l'origine se situe dans les fantasmes infantiles liés aux rêveries d'identification passées. Les « enquêtes » infantiles concernant la filiation identitaire conduisent l'enfant à construire des « romans » racontant la vie passée présumée des parents, aïeuls et ancêtres, leurs succès, leurs secrets, leurs scandales, et à prendre plus ou moins la charge d'assurer la réincarnation de l'un d'eux. Ces portraits et récits sont habituellement voués au refoulement au fur et à mesure de leur construction, et représentent en général pour leur auteur la réalisation d'un désir de maîtrise, d'approche ou d'évitement de la situation œdipienne. Le retour actuel de telles identifications, ou « fantasmes d'identification » se réalise sous la forme de comportements bizarres, de symptômes ou de rêves, et est lié à des processus de deuil objectal.

En ce qui concerne l'effet de la crypte, C. Nachin écrit : « Lorsqu'un futur parent est porteur d'une crypte, son enfant va se heurter à un silence sélectif sur tout ce qui touche de près ou de loin le secret encrypté dans les périodes où la crypte est muette, de sorte que son psychisme sera marqué par une faille globale. Alors que le parent a été conduit au désaveu d'une expérience fondamentale de sa vie, son enfant va être victime d'une forclusion dans la mesure où un élément essentiel de son histoire familiale ne peut pas lui être présenté en temps utile et sous une forme assimilable ». (Nachin, 1986, p. 33)

Nachin poursuit : « Dans les périodes troublées où le parent porteur de crypte décompense, ce qui frappe l'enfant, c'est la violence des affects parentaux sous la forme de l'angoisse, de la colère ou de la dépression. L'enfant va opérer tout un travail psychique pour tenter de comprendre ce qui se passe, de traiter son parent perturbé. Il n'est pas étonnant que les actes étranges qu'il va recueillir aboutissent dans son esprit à des constructions encore plus étranges... Au lieu d'une mémoire faite de souvenirs classés, voire susceptibles d'oubli et en tout cas, déchargés du gros de leur impact affectif initial, le porteur de crypte souffre de 'réminiscences'. Le passé continue à peser lourdement sur le présent et tout ce qui a été blessé reste blessant ». (Ibis, p. 35)

Le plus souvent, encore selon Nachin, l'enfant porteur privilégié du fantôme c'est l'enfant préféré du parent et il est fréquemment un descendant de sexe opposé lié au parent par la

relation œdipienne directe. Cet enfant se donne souvent la vocation inconsciente de réincarner l'objet d'amour perdu dont le parent est resté endeuillé (Ibis, p. 34).

Dans la formation d'une crypte, S. Tisseron note qu'il y a constitution d'une lacune dans le langage et les possibilités d'échange. Il ajoute que si le parent peut se mettre à l'abri du contenu de sa propre crypte, il n'en va pas de même pour ses enfants dont le monde et l'expérience se structurent à partir des mots que leur fournit l'adulte. Pour lui « la lacune dans le langage du parent va donc se communiquer à l'enfant sous la forme d'une lacune dans ses possibilités interjectives, cette lacune de sens étant au contraire très investie d'émotions puisque ce sont justement des émotions qui renseignent l'enfant sur les comportements, les représentations et les sentiments dont l'existence met en danger le psychisme du parent. En même temps, cette lacune sera inconsciente puisque le parent concerné, pour sauvegarder sa propre crypte, se sera assuré le moyen de faire disparaître non seulement les mots, les émotions et les comportements de l'enfant dangereux pour lui, mais également le souvenir que celui-ci pourrait garder du moment de leur émergence. Il ne subsiste alors dans le souvenir de l'enfant, concernant de telles situations, rien à proprement parler ... Et seule subsiste la possibilité du retour de ce contenu psychique isolé, sous la forme des comportements étrangers au sujet, ce que Abraham appelle un fantôme, c'est-à-dire la trace lacunaire laissée dans les possibilités introjectives par le secret invouable d'une autre ». (Tisseron, 1986, p. 137)

Comment se transmet la crypte?

Pour qu'il y ait crypte, il faut, comme nous avons vu, que le lien à l'objet perdu soit concerné par un secret invouable, et que cet objet ait joué le rôle d'idéal du moi qui est d'abord un objet parental.

Ciccone (2012) évoque que lorsque le moi découvre l'objet, tout l'idéal est transféré sur l'objet. Cela signifie aussi que le moi s'identifie à l'objet, prend l'objet à l'intérieur de lui pour se présenter au ça sous les traits de l'idéal. Le moi s'identifie à l'objet idéal en l'incorporant, dans une sorte d'identification narcissique d'urgence aboutissant à une modification de l'objet. Ce sont ensuite les écarts entre l'objet réel et l'idéal incorporé qui mettront au travail les processus de confusion, de « subjectivation du sujet » et d'« objectivation de l'objet », de différenciation moi/réalité externe. Si à cette époque l'objet est porteur d'un secret invouable, le destin de ce négatif suivra les voies de

l'incorporation, de l'inclusion pour constituer, lors de la perte de l'objet, une crypte à l'intérieur de l'espace psychique du sujet, crypte déjà préparée par un éclatement lié au partage traumatique du secret dans le lien réel à l'objet avant sa perte.

3.3. La transmission transgénérationnelle du traumatisme

Tisseron postule que la majorité des secrets transmis ne sont pas les résultats des actes déshonorants ou condamnables, mais « à des traumatismes vécus par une génération et incomplètement élaborés par elle. Il peut s'agir de traumatismes privés, comme un deuil, mais aussi collectifs comme une guerre ou une catastrophe naturelle. Ces événements n'ont pas reçu de mise en forme verbale, mais ils ont toujours été partiellement symbolisés sous la forme de gestes et d'attitudes, et parfois aussi d'images montrées ou racontées en famille » (Tisseron, 2004, p. 57).

Le traumatisme qui dépasse la capacité de la personne qui le subit, et son aptitude à l'exprimer, se transmet à la génération suivante. Une sorte de déplacement de la souffrance traumatisante à travers le temps et l'espace. La réponse défensive au traumatisme s'exprime par certaines caractéristiques du fonctionnement mental et relationnel problématique qui « n'appartiennent pas seulement au sujet qui souffre d'un symptôme mais à tous les membres de la famille, et chacun d'entre eux jouerait son rôle dans la construction de cette modalité pathologique au niveau de son origine et de sa perpétuation. Chacun y réagira différemment suivant ses expériences et ses dispositions, en souffrant ou en s'en défendant » (Nicolo & Strinati, 2007, p. 67).

Si le sujet ou sa famille n'a pas la capacité d'exprimer sa souffrance, de déprimer à cause du traumatisme ou de dépasser l'événement en l'élaborant, « les noyaux traumatiques qui ne sont pas devenus représentation de mots se coagulent et organisent autour d'eux une grande partie de la vie psychique et relationnelle du sujet et de la famille, appauvrissant ainsi tout autre aspect de la vie. Les défenses individuelles et transpersonnelles de la famille s'organisent au cours du temps en modifiant la vie personnelle, fantasmatique et relationnelle au sein de la famille ». (Nicolo and Strinati, 2007, p. 68).

En effet, le traumatisme originaire s'avère être plus qu'un simple produit du passé, il reste toujours en vie ; il traverse les générations et se procréé continuellement.

De plus, le traumatisme peut être considéré comme l'effet d'une excitation violente, survenant dans une situation telle que le psychisme du sujet n'est pas en mesure d'abaisser la tension ainsi provoquée, soit par une action ou une réaction émotionnelle immédiate, soit par une élaboration mentale suffisante (Diatkine, 1982).

On trouve ainsi que le traumatisme reste actif et perturbe la vie du sujet non pas en tant que souvenir du passé mais en tant qu'élément du présent. Il fait partie de sa vie psychique inconsciente présente qu'il colore de teintes morbides, conditionnant ou fléchissant ses comportements, ses relations actuelles et toute sa vie. Tout ce qu'un sujet vit est suite à un traumatisme, tout ce qu'il fait, est empreint, de manière consciente ou inconsciente, des effets ravageurs de la situation traumatisante (Gueutcherian, 2015).

Si le traumatisme cumulatif est considéré comme une voie de transmission privilégiée d'éléments du transgénérationnel, R. Durastante (2011) avance que la relation d'objet mélancolique est un effet du transgénérationnel, à savoir de ce qui n'a pu être élaboré, de ce qui est resté encrypté dans les générations précédentes et qui se transmet tel quel aux générations suivantes. La crypte ne peut être qu'incorporée et conserve sur le plan intrapsychique toute une actualité traumatique d'une autre époque.

La personne qui a vécu une expérience importante et pénible, qu'on peut qualifier de traumatique, s'en est toujours donnée certaines représentations, le plus souvent émotives et mimo-gestuelles. C'est pourquoi on voit comment la personne s'émeut quand elle pense à cette situation, pleure ou se met en colère. Mais d'un autre côté, elle est incapable de raconter cet événement, comme si elle manque de mots pour le dire. Or, si cette personne a un enfant, celui-ci va se trouver, de ce fait, confronté à de grandes difficultés : son parent lui manifeste des émotions, des sensations et des états du corps en relation avec une expérience forte, mais sans pouvoir lui montrer la nature de ce qu'il éprouve ou lui en expliquer la raison. À travers ces « suintements » du secret, qui peuvent être aussi bien des mots répétés, des lapsus ou des comportements, l'enfant pressent la souffrance de son parent (Tisseron, 2004).

A noter que les traumatismes ne créent pas un secret s'ils peuvent être élaborés et surmontés. Cependant la majorité des secrets sont liés à un traumatisme non élaboré et donc non dépassé, qu'il s'agisse d'un traumatisme individuel, comme un deuil, ou d'une situation collective, comme une catastrophe naturelle, un attentat ou une guerre (Ibis, p. 63).

3.3.1. Le traumatisme dans l'œuvre de Freud

Dans l'œuvre de Freud, le traumatisme occupe une place primordiale. La lecture des textes de Freud, à la recherche du concept de traumatisme, permet de dégager plusieurs axes de réflexion qui nous aident dans notre recherche.

Freud postule que le traumatisme est traumatisme sexuel, pivot de l'étiologie des psychonévroses, notamment l'hystérie. L'exemple fondamental que donne Freud et qu'il considère comme facteur étiologique essentiel de l'hystérie est celui de la séduction précoce de l'enfant par l'adulte (1896). Selon F. Brette, « pour constituer un traumatisme, il faut paradoxalement qu'il y en ait deux et que le premier se produise précocement chez un enfant, être par conséquent immature, et se trouvant ainsi dans un état de "passivité" et de "non préparation". Ce traumatisme ne prend sens et effet que dans l'après-coup de la puberté, à l'occasion d'un second évènement qui vient raviver les traces mnésiques du premier dont le "refoulement avait effacé le souvenir". » (Brette, 1988, p. 1260)

En 1915, dans « Considérations actuelles sur la guerre et la mort », Freud revient sur ses premières théorisations sur le traumatisme. L'évènement externe, en l'occurrence la guerre, aurait une répercussion traumatique. L'angoisse d'anéantissement étant posée comme l'angoisse la plus primitive chez l'homme, il lui serait impossible de concevoir sa propre mort. Concernant la mort d'autrui, celui qui en réchappe peut avoir un sentiment de triomphe mais également de culpabilité pour s'en être sorti. Le travail de deuil est rendu difficile, car pour ne pas avoir à confronter la culpabilité d'avoir survécu et de se sentir abandonné par ceux qui sont morts, le survivant peut être amené à s'identifier à l'objet mort.

En 1916, dans « Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre », Freud évoque les névroses de guerre. Le traumatisme prend alors un caractère économique, sous la forme d'une surcharge pulsionnelle qui efface le pare-excitation. Le débordement du flot d'excitation ne permet pas l'élaboration du principe de plaisir. La compulsion de répétition intervient alors pour faire revivre le traumatisme afin de le maîtriser, par la liaison du flot d'excitation qui menace l'intégrité psychique du sujet.

A partir de 1920, le traumatisme est redéfini par Freud comme une « effraction pare-excitations ». Pour lui, il y a traumatisme lorsque le pare-excitation est effracté par la poussée d'excitation qui recouvre l'appareil psychique, tant au niveau du pare-excitation que de celui des sensations plaisir/déplaisir. L'appareil psychique va alors déclencher un contre-

investissement pour compenser cette effraction, ce qui appauvrit les autres systèmes psychiques : c'est le rôle du rêve répétitif ou de la lésion organique qui protège parfois du déclenchement des symptômes psychopathologiques (Ibis, pp. 81-82).

En 1939, Freud insiste sur le fait que le traumatisme provoque deux sortes d'effets : des effets négatifs qui vont dans le sens qu'aucun élément du traumatisme ne peut être remémoré ni répété, et des effets positifs dans le sens d'une remémoration de l'expérience traumatique oubliée afin de la rendre réelle et de l'inscrire dans une répétition. En effet, la psyché ne se libère jamais vraiment du traumatisme, la compulsion de répétition le réactualise pour mieux le maîtriser.

A la fin de sa vie, il est intéressant de remarquer que Freud situe l'origine du symptôme non pas du côté d'un traumatisme-choc, mais plutôt d'impressions oubliées dans la petite enfance, marquées par un facteur quantitatif, et provoquées soit par des éléments sexuels et agressifs, soit par des atteintes narcissiques du moi. Il semblerait qu'il opte pour un reste traumatique qui, ne pouvant être ni remémoré, ni répété, ne s'élabore jamais vraiment (Durastante, 2011).

Freud insiste sur la répétition des expériences, des événements, des états psychiques, pour que ceux-ci imposent leur transmission. Il souligne comment les événements de la réalité vécus par le moi des sujets d'une génération, deviennent une « partie organique » de la vie psychique de générations postérieures, comme il l'énonçait dans « Totem et Tabou ». Mais l'inscription ne se réalise pas et la trace ne se transmet que sous l'effet de la répétition, de l'accumulation des mêmes expériences, surtout des traumatismes (Ciccone, 2012).

3.3.2. Le traumatisme dans l'œuvre de Ferenczi

Si le traumatisme trouve une place centrale dans l'œuvre de Freud, il en est de même pour Ferenczi. La notion de traumatisme occupe une place importante dans les travaux de ce dernier.

Dans « Psychanalyse des névroses de guerre » Ferenczi (1919) évoque parmi les symptômes souvent négligés des névroses traumatiques l'hyperesthésie de tous les organes des sens et les rêves d'angoisse. Dans ses rêves, le sujet revit constamment les peurs qu'il a réellement éprouvées. Ferenczi considère les rêves de peur et d'angoisse, comme des tentatives de guérison spontanées du malade. Il note que c'est par bribes que ces malades livrent à l'abréaction consciente leur peur insupportable, incompréhensible dans sa totalité, et par

conséquent, transformée en symptômes physiques, et ils contribuent ainsi à rétablir l'équilibre perturbé de leur économie psychique.

Ferenczi accorde de l'importance aux expériences traumatiques réelles de la toute première enfance. Il attribue un grand intérêt aux rapports traumatogènes de l'enfant et de son environnement précoce. Pour lui, le traumatisme serait le résultat d'une réponse inadéquate de l'adulte à la demande de tendresse de l'enfant. L'adulte abuserait l'innocence de l'enfant en confondant les jeux de l'enfant, empreints de séduction, avec ses désirs comme sujet ayant atteint la maturité sexuelle. Cette « confusion des langues » produirait un traumatisme chez l'enfant : il se soumet automatiquement à la volonté de l'agresseur et s'identifie à lui et en même temps il se sent innocent. L'ambivalence de l'enfant, entre innocence et culpabilité, donne lieu à une forme de maturité pathogène, que Ferenczi nomme « progression traumatique » ou « prématuration ». L'enfant préfère alors penser que la scène traumatique est une pure création fantasmatique. (Durastante, 2011, p. 80)

Ferenczi postule aussi que quand les ressources psychiques sont débordées par le traumatisme, c'est le corps qui prend le relais. C'est comme si l'organisme se mettait à penser, le traumatisme ayant réactivé des forces psychiques archaïques. Dans ce cas, il n'est plus possible au sujet de faire appel à ses ressources psychiques unifiées pour faire face à l'impact du traumatisme afin d'abaisser l'excitation. Cela se joue sur le corporel par la formation de symptômes (Ibis, p. 84).

Ferenczi émet l'hypothèse que lorsque le psychisme se met en veille face à l'impact traumatique, c'est le corps qui survit et finit par faire à nouveau des liens avec la psyché, ce qui s'accompagne surtout d'amnésie rétroactive de durée variable. Le fragment amnésié constituera cette partie « morte » du sujet, partie fixée à l'évènement traumatique et contenant par conséquent l'angoisse liée à un vécu d'agonie psychique (Ibis, p. 85).

Le traumatisme, pour Ferenczi (1934), peut être admis à la conscience à condition que se crée un « clivage narcissique ». Une partie clivée du moi mesure la part elle-même que la personne peut supporter et ne permet l'accès à la perception qu'à ce qui est supportable.

Dans les Notes et fragments posthumes, Ferenczi décrit ce clivage du moi, qui n'est pas un refoulement. Pour lui, le sujet, en proie à une douleur extrême, se dédouble en quelque sorte, et se voit lui-même comme de très haut, de très loin. Il y a d'une part un Je qui souffre, mais

ne le sait pas, de l'autre un Je qui sait, mais ne souffre pas. Ce dédoublement permet parfois à la partie qui sait d'adopter un comportement de compassion et de réparation à l'égard de la partie qui souffre (Bertrand, 2002).

3.3.3. Le destin psychique du traumatisme

Les traumatismes graves ouvrent la voie aux symptômes. Ces derniers témoignent de l'étendue des dommages subis au niveau du moi, la gravité de l'effraction qui provoque la perte de toute confiance en soi. D'un autre côté, les symptômes constituent un aménagement de la situation pour que le sujet puisse survivre : c'est l'objectif du clivage, du sentiment de déréalisation ; c'est aussi l'objectif du délire, en général de persécution, qui survient parfois après un traumatisme grave. Tous ces symptômes constituent des tentatives pour maintenir une consistance minimale du moi, et maintenir le processus de destruction à l'extérieur de soi. Faute de quoi, le sujet s'effondre, et se laisse aller à une dépression mélancolique mortifère. D'anciens traumatisés finissent par adopter des conduites à risque qui ne sont pas moins autodestructrices, comme la toxicomanie à l'héroïne, et parfois arrivent à se suicider (Bertrand, 2002).

Si la mélancolie, et son affect de douleur, sont l'une des organisations psychiques qui se mettent en place après une expérience extrême, il en est d'autres où la douleur se manifeste de façon muette, par des symptômes somatiques. Chez les enfants, mais aussi chez certains adultes, il arrive que les effets d'un trauma grave se traduisent par des somatisations muettes mais comportant un sens.

R. Diatkine (1993) envisage deux cas de figure différents quant au destin psychique du traumatisme :

- Dans le premier cas, l'expérience insupportable rencontre un désir inconscient, ce qui déséquilibre le jeu des forces pulsionnelles et du moi, provoquant dans un premier temps l'effraction du système pare-excitation et dans un second temps un refoulement massif.
- Le second cas est celui où un événement brusque et non préparé par un travail psychique qui met directement en danger la survie psychique ou réelle du sujet. C'est alors le thème de la mort qui est inclus dans la répétition qu'il s'agisse directement de la situation dangereuse, ce qui est souvent le cas pour les traumatismes de guerre, ou de la mort imprévue d'êtres chers,

renvoyant à la mort du sujet, parce que celui-ci se trouve dans l'impossibilité d'élaborer le deuil dans de telles conditions. (Diatkine, 1993, p. 92)

Pour Diatkine, alors que dans le premier cas, il s'agissait d'un excès de sollicitation libidinale, c'est l'antagonisme narcissisme/pulsion de mort qui est en cause dans le second cas. En effet, dans les deux cas, les équilibres dynamiques et économiques du sujet sont bouleversés par la situation traumatique, sans qu'il soit possible au sujet d'y faire face. Un événement qui aura été traumatisant pour les parents pourra avoir un effet traumatique pour l'enfant, s'il se trouve confronté à leur désorganisation, à leur processus de répétition et à leurs projections. « A la zone de silence du moi des parents qui ne remplissent pas sur certains points particulièrement angoissants leur rôle d'étayage et de pare-excitation ... l'ombre de l'événement est présente et non élaborable. » (Diatkine, 1993, p. 94)

Selon Puget et Kaës (1989) « Le drame catastrophique reste en perpétuel défaut d'énoncé et d'abord de représentation, parce que les lieux et les fonctions psychiques où il pourrait se constituer et se signifier ont été abolis Les processus générateurs de la mémoire, et par là, d'une possibilité d'historisation n'ont pas pu être mis en œuvre ». (Puget et Kaës, 1989, p. 178)

Nous pouvons déduire alors que quand il n'y a pas d'élaboration, ni de représentation de la violence subie, l'horreur inscrite comme excès innommable dans le psychisme des parents va s'inscrire dans le psychisme des enfants.

3.3.4. Les traumatismes de guerre

La situation traumatique de la guerre constitue un événement externe d'aspect inattendu qui revêt deux caractéristiques essentielles : la violence et l'imprévisibilité.

La guerre est associée à l'impensable. Pour Kaës, « l'impensable est de l'ordre du vide, du déchet, du trou, de la blessure » (Ibis, p. 36). Il se réfère à certaines perceptions qui peuvent réveiller des affects intolérables et qui ne peuvent se traduire par des mots.

J. Puget évoque « l'impensable lié à la connaissance possible mais non tolérable lorsque penser est associé à l'inquiétante étrangeté, cause d'une angoisse sans limite. » (Ibis, p. 178) Il s'agit, en effet, de situations où la réalité dépasse l'imagination par son aspect terrifiant, la guerre est une de ces situations puisqu'elle présente une longue série d'expériences traumatisantes qui secoue fortement l'existence de l'individu.

Pendant la guerre, l'organisme dresse une barrière contre les stimuli extérieurs sans laquelle il ne pourrait pas continuer à exister. La régression partielle du Moi, de même que celle des instincts, sert de mécanisme d'adaptation à la réalité et permet la survie physiologique et psychologique. Mais, plus tard, ces mécanismes deviennent un blocage pour le fonctionnement psychique. L'apparition retardée des affects liés au deuil, à la séparation et à l'angoisse de séparation, peut être considérée comme le signe de la capacité à tolérer des affects douloureux, seulement au moment où l'organisation du Moi a été renforcée (H. Klein, 1974).

L'enfant, durant les bombardements au cours des batailles, comme l'expérience libanaise le montre, réagit par l'irruption d'une angoisse importante qui mène à l'affaiblissement des mécanismes d'adaptation et affecte les fonctions du Moi. L'angoisse est extériorisée surtout sous la forme de conduites agressives, souvent non contrôlées, et d'attitudes d'identification à l'agresseur. Il existe, chez les enfants de guerre, une fragilité des mécanismes de défense du Moi qui entraîne une forme d'adaptation différente de celle de l'enfant qui se porte bien. Il n'existe pas chez eux de refoulement de l'angoisse ; en revanche, l'extériorisation de l'angoisse et de l'agressivité gêne les fonctions du Moi dans le processus d'adaptation (M. Gannagé, 1998).

Il semble que la guerre entraîne l'éveil de l'agressivité et son extériorisation. Cette idée rejoint celle de Freud (1933) concernant la guerre. En effet Freud postule que l'influence continue du milieu civilisé et ses exigences mènent à une certaine répression instinctuelle, ainsi qu'à celle des mauvais penchants. Mais les états primitifs restent toujours susceptibles de reproduction. Ce qu'il y a de primitif dans notre vie psychique est impérissable. C'est ainsi que notre aptitude à la vie civilisée peut, sous l'influence des événements de la vie, être frappée de régression passagère ou durable. Il est incontestable que les événements en temps de guerre font partie des forces capables de provoquer une pareille régression.

On peut supposer que dans les événements traumatiques comme l'état de guerre, les pulsions agressives, qui représentent en elles-mêmes une menace, deviennent une source de tension. Le sujet est obligé de mettre en place des défenses pour pouvoir affronter l'état de stress. Par conséquent, il se défend contre sa propre agressivité par le refoulement. Cependant, quand la menace extérieure est moins grande, le sujet peut se permettre d'exprimer et d'extérioriser l'agressivité (M. Gannagé, 1998).

3.3.5. La transmission du traumatisme

L'individu, comme nous avons pu le voir, ne peut complètement construire sa propre histoire : il s'ancre dans une histoire familiale qui le précède. Un héritage transgénérationnel lui est transmis par les générations précédentes, constitué d'éléments bruts, non élaborés, transmis tels quels, issus d'une histoire lacunaire, marquées de vécus traumatiques, de non-dits, de deuils non faits. Faute d'avoir été élaborés par la ou les générations précédentes, ces éléments bruts font irruption chez les héritiers, traversant leur espace psychique sans appropriation possible (André-Fustier and Aubertel, 1997).

La façon dont la famille vit ses « traumatismes » dépend évidemment de l'évènement lui-même mais aussi et surtout du sens donné à cet évènement et de son inscription possible dans l'histoire familiale. L'issue élaborative des traumatismes dépend des capacités de contenance de l'appareil psychique familial. Cette contenance passe par l'acceptation du changement, par la possibilité de « mise au passé » des évènements, c'est-à-dire par l'aptitude de la famille à accomplir un travail de deuil. Autrement dit, ce qui est traumatique pour une famille ne le sera pas obligatoirement pour une autre ; le devenir du « traumatique » paraît lié à une pluralité de facteurs et non à une causalité directe (Ibis, p. 111).

Ce qui est transmis au sujet crée une contrainte qui limite l'éventail des destinées possibles, et l'enfant est alors otage de sa préhistoire : ces patrimoines « aliénants » concernent un matériel psychique non élaboré, traumatique le plus souvent, que ses parents, voire ses grands-parents ou ses ancêtres, n'ont pu symboliser mais qui se transmet tel quel, non transformé. Si les dernières générations se trouvent prises dans un irreprésentable familial trop prégnant, chaque sujet se trouve pris dans l'impossibilité de faire sien quelque chose qui est maintenu hors de sa pensée (Ibis, p. 116).

P. Hachet constate, de son côté, que souvent « les traumatismes familiaux peuvent être liés à des disparitions douloureuses et secrètes, causées par des abandons, des éloignements ou des décès et ayant dans tous les cas entraîné un deuil pathologique au niveau des parents ou des grands-parents ». (P. Hachet, 2004, p. 692)

Ciccone affirme que « le traumatisme se transmet sans se représenter, ou se transmet pour ne pas être représenté » (2012, p. 105). Pour lui, la transmission traumatique se fait par défaut de pare-excitation, sans parole ou avec des paroles brutes autour des événements traumatiques de l'histoire. Celle-ci a des effets d'enkystement, d'aliénation, d'emprise, donnant au sujet le

sentiment d'être héritier d'une histoire étrangère, d'être bloqué dans une mémoire ancestrale qui ne le concerne pas. (Ibis, p. 147)

Le symptôme est donc l'effet de l'intériorisation de l'ensemble de la situation traumatique. Il se présente par ailleurs et là aussi comme le témoin d'un véritable contrat de répétition, tentant de traiter par le paradoxe le traumatisme dans lequel le manque s'est imposé comme un trop-plein excitant (Ciccone, 2012). Le passé ne se laisse jamais oublier. Si le passé est trop oublié, il se venge à travers la production de symptômes formalisant notamment les éprouvés d'étrangeté interne, indices de transmissions traumatiques.

Nous voyons que l'impossibilité pour un sujet de liquider les effets d'un traumatisme vécu par ses parents pourrait être à l'origine de sa pathologie. De ce fait, lorsque l'introjection n'est pas possible, il en résulte une souffrance psychique qui correspond à un traumatisme en ce sens que le fonctionnement psychique n'est pas parvenu à élaborer un événement et à se l'approprier.

Abraham et Torok ont désigné, comme nous avons déjà vu, sous le nom de « travail du fantôme au sein de l'inconscient » le fonctionnement psychique d'un enfant au contact d'un parent porteur de crypte. Le fantôme résulte de ce fait des effets sur l'inconscient d'un sujet de la crypte d'un autre, de son secret inavouable. Les lacunes dans l'introjection harmonieuse d'un événement sont dues au caractère traumatique de celui-ci. Ce n'est pas la gravité objective du traumatisme qui est en cause, mais l'impossibilité pour le sujet de l'élaborer.

3.4. L'addiction confrontée au transgénérationnel

Dans la problématique de l'addiction, en plus des dysfonctionnements familiaux et des troubles individuels qui en découlent, il faudrait toujours investiguer l'éventuelle présence de secret dans le système familial ainsi que les types de relations connectées avec le secret.

Le secret familial exerce un clivage intense sur le psychisme du descendant qu'il tente de réduire par la prise de drogue. De l'inclusion à la crypte, ces sujets développent toutes les formes du clivage dû aux secrets familiaux (Lhomme-Rigaud, 2011).

De nombreux auteurs ont estimé que l'étiopathogénie des toxicomanies est systématiquement transgénérationnelle, et insistent sur le fait que l'histoire du toxicomane s'inscrit dans l'histoire d'une famille.

Sylvie Le Poulichet (2003) précise que l'on puisse entendre "l'addictus" au niveau transgénérationnel, dans la mesure où il reprend souvent à son compte une dette symbolique restée impayée par la ou les générations précédentes.

Les composantes transgénérationnelles médiatisées par les dimensions fantasmatiques des interactions intrafamiliales pourraient jouer un rôle significatif chez les sujets présentant des conduites de dépendance à une substance mortifère comme l'héroïne. Ils seraient confrontés à des « arbres de vie » (Lebovici 1994) comportant des lignes de forces transgénérationnelles contraignantes sur leur développement psychique (Bader et al., 2004, p. 396).

A travers des processus toxicomaniaques, l'impact des projections parentales assigne au sujet un rôle contraignant, par l'identification projective. Nous pouvons parler d'un destin transgénérationnel qui enferme le sujet dans la conduite de la dépendance à comprendre, en partie, comme répétition conflictuelle de situations de vie.

Le poids d'un mandat familial s'inscrit de manière dominante dans le destin du sujet toxicomane et favorise indirectement l'émergence de la conduite addictive. Le mandat familial dont le sujet a la charge de transmettre traduit et condense les conflits infantiles de ses parents avec leurs propres parents. Un lien particulier unit celui qui délègue à celui qui est délégué. Ainsi, les distorsions dans la relation aux parents se traduisent par des « délégations » qui exercent une force contraignante sur le sujet, l'amenant à suivre des « missions » familiales (Bader et al., 2004, pp. 60-61).

Les mandats familiaux et les loyautés souvent « invisibles » semblent occuper une place centrale dans les problématiques de dépendance, du point de vue de Boszormenyi-Nagy (1980). Le concept de mandat, qui révèle un lien agissant sur plusieurs générations, comporte un engagement à rendre des comptes par rapport à ce que chacun reçoit et doit donner à son tour. Les loyautés pouvant être cachées, le sujet n'est pas conscient des « dettes » et des « obligations » qui structurent les liens transgénérationnels, et dont il se voit dans l'obligation de les payer (Boszormenyi-Nagy, 1980, p. 57). S'adonner à la drogue est une voie que le toxicomane suivra afin de régler les dettes.

Le toxicomane porteur de fantôme va précisément jouer et mettre en actes le secret parental. Lors d'un travail de fantôme, P. Hachet (2004) postule que « le toxicomane va soit réaliser

inconsciemment des activités qui comportent la solution imaginaire des problèmes d'un parent, soit éviter toutes les situations susceptibles de réveiller la souffrance parentale. » A travers la conduite toxicomaniaque, il tente d'alléger brutalement la mission fantomatique et ce qu'elle a de troublant.

P. Hachet (1996) aborde les situations où les toxicomanes sont contraints de symboliser certains événements psychiquement non intégrés et tenus secrets, mensongèrement déformés par leurs parents ou leurs grands-parents. Il insiste sur une tendance chez certaines familles à maintenir un mythe de famille « paisible » en raison d'expériences passées difficiles : « leurs familles leur ont verrouillé l'accès aux aspects troubles de leur propre histoire.

De son côté A. Eiguier affirme que le transgénérationnel joue un rôle majeur dans la psychopathologie addictive, et aperçoit que pratiquement dans chaque traitement il apparaît comme une clé de voûte. Bien de toxicomanes qui consultent apparaissent comme des « malades » des secrets de famille, ce qui produit les effets de sidération, d'impensable, la consolidation de clivages et de cryptes. (Eiguier, 2001, p. 105)

Dans les familles de sujets toxicomanes (héroïnomanes), on retrouve des représentations mythiques familiales qui véhiculent et défendent l'image de la famille transgénérationnelle aussi bien que l'image de la famille actuelle (Giffard, 2004).

Le processus psychopathologique du toxicomane entre dans le cadre du télescopage des générations, au sens de Faimberg. En effet, la transmission d'une histoire qui n'appartient pas à la vie psychique du sujet se révèle cliniquement comme étant organisatrice du psychisme de celui-ci. Ce concept nous aide à comprendre comment « un psychisme vide de soi » peut en même temps être « trop plein d'un autre ». Faimberg ajoute : « La prise du toxique remplace l'inquiétante étrangeté imposée au sujet par le fantôme, par une inquiétante familiarité artificielle que le sujet se procure lui-même (c'est la liberté dans l'esclavage !) » (Faimberg, 1993, p. 118).

Geberovich affirme que le sujet toxicomane évoque un « fantôme de mort », l'objectif étant de réparer le deuil non fait par les ascendants. Angel et Sternschuss rapportent qu'une mère dont le mari toxicomane est mort – les circonstances de ce décès ayant été tenues secrètes par la famille – fut confrontée dix ans plus tard à un problème d'héroïnomanie sur ses deux enfants. De leur côté, Edenberger, Cury et Guillon, rapportent l'existence de secrets devenus

pathogènes autour d'un père ou d'enfants morts dans l'enfance du sujet toxicomane (Lhomme-Rigaud, 2011).

Ainsi figurent, derrière le voile d'un passé idyllique, des deuils, des séparations non élaborées, lesquels ont pu fonctionner comme des traumatismes cumulatifs. Ainsi, à travers lui, se projette tout ce passé douloureux ; mais sa mort pourrait peut-être apaiser les conflits insolubles de chacun. Ces sujets n'ont pas pu régler leurs comptes avec leurs propres parents, avec ce qui tient aux figures parentales en eux-mêmes, avec l'enfant qui sommeille en chacun d'eux. Tout cela reste tributaire de l'idée que l'adulte se fait de l'adolescent en fonction des vestiges de son propre passé – emprise, séductions venues des adultes d'alors – qu'il risque de faire revivre à sa descendance (Varga, 1992).

R. Tisseron postule qu'à la génération suivante, les enfants perturbés par des secrets et des traumatismes divers non élaborés « perturbent à leur tour leurs propres enfants. Ceux-ci ne peuvent pas imaginer que les bizarreries de leurs parents sont liées à l'existence d'un secret à la génération de leurs grands-parents, et ils en conçoivent une vision pessimiste du monde sur laquelle peuvent se développer des troubles apparemment dénués de tout sens, comme la toxicomanie ». (Tisseron, 2004, p. 56)

R. Durastante (2011), de son côté, évoque l'aspect transgénérationnel de la transmission psychique pour aborder la question de la toxicomanie. C'est la transmission traumatique d'une violence fondamentale non intégrée et irréprésentable qui pourrait déterminer chez l'adolescent le recours à la drogue, afin de détourner cette violence des objets parentaux.

Il se trouve des trop-pleins d'excitations que la mère du futur toxicomane tente de vider sur ses enfants, pour essayer de se libérer de l'impact traumatique et mortifère d'un objet transgénérationnel qui circule d'une génération à l'autre et qu'elle porte elle-même à son insu. L'enfant investit l'objet transgénérationnel par la mère interposée, ce qui nous invoque le fait que l'enfant, puis l'adolescent pourrait exprimer sa carence, par la répétition mortifère d'un comportement addictif. En revanche son addiction lui ouvre aussi un accès aux imagos et aux fantasmes, grâce à ses capacités transformationnelles (Durastante, 2011).

L'addiction pourrait représenter ce qui déborde et qui se manifeste surtout sous forme d'excès d'excitations. Les traumatismes auxquels le sujet serait confronté dans sa vie réactiveraient le

noyau mélancolique de base, d'autant plus actif que le sujet n'aurait pu suffisamment élaborer l'absence (Durastante, 2011).

Chez les victimes de traumatismes extrêmes, l'effet du manque introjectif se traduit par une compulsion sans cesse renouvelée envers un objet incorporé qui prend le rôle de protecteur, l'objet toxique en est un exemple. La toxicomanie accomplit ainsi une fonction de défense, elle agit comme une forme d'autoconservation paradoxale à la suite d'expériences traumatiques. (Waintrater, 2000)

L'expérience clinique montre que les sujets toxicomanes et leurs parents évoquent très fréquemment des événements traumatiques de leur passé, ce qui atteste d'une participation traumatique réelle dans l'étiologie de la toxicomanie juvénile actuelle, et des difficultés du travail de deuil et de l'enclenchement des processus d'introjection (Prieur, 1994).

La dépendance à l'héroïne, dans ce qu'elle peut avoir de confrontation à la mort, pourrait dans ce cas être considérée comme une défense face au danger d'activation massive du noyau mélancolique, qui se serait constitué à la suite de carences affectives qui se sont passées dès la naissance, mettant alors l'enfant face à ses angoisses, ou même aussi des vécus de mort subite. Ces carences affectives proviendraient elles-mêmes de la transmission psychique inconsciente de traumatismes transgénérationnels dont l'enfant puis l'adolescent porteraient à leur insu les conséquences (Durastante, 2011).

Quand le sujet dépendant subit une effraction traumatique, il va être « amené à se construire une carapace narcissique protectrice servant de bouclier contre les coups venus de l'objet » (Green, 1983, p. 114).

Les concepts de crypte et de fantôme, de transmission psychique transgénérationnelle et d'addiction pourront être étroitement liés. Pour Abraham et Torok (1972) la crypte contient l'objet perdu incorporé et les vécus traumatiques qui s'y rattachent. Quant au fantôme, il est une formation de l'inconscient qui n'a jamais été consciente, composée des vides que représentent pour le sujet les secrets des autres. Incorporer, c'est introduire dans le corps un objet total ou partiel. En effet, quand le sujet éprouve la perte de l'objet externe qu'il ne peut introjecter, l'objet et son vécu de perte sont fantasmatiquement introduits dans le corps-soma, tels quels, gardant un statut d'extériorité puisque le sujet n'a pas accès à la symbolisation (Green, 1983, p. 108).

Le comportement addictif pourrait avoir cette fonction d'incorporation. Le traumatisme dans l'histoire familiale qui se transmet de génération en génération est lié à un deuil non fait, résultant de dettes non liquidées avec la génération précédente, ce qui rend difficile l'introjection d'un proche disparu car la dette coagule le temps en un présent circulaire traumatique. Le comportement addictif est toujours l'indice qu'un sujet se trouve dans une impasse : celle d'avoir besoin de s'individuer mais de ne pas pouvoir y parvenir car la dette maintient un lien aliénant. La crypte qui se dicte dans le système psyché-soma et dans le système familial, agirait à la manière d'un véritable trou noir attractif des excès d'excitations qui mettent le sujet à la rencontre du traumatisme (Ibis, p. 109).

Lorsque l'introjection de la perte est impossible, l'incorporation de l'objet perdu devient le seul mode d'une réparation narcissique. En effet, l'incorporation, prototype corporel de l'introjection de l'objet et de l'identification primaire, permettrait dans le corps une mise en scène rétroactive d'un « secret de famille », voire du « trauma d'un ascendant ». Ceci rejoint la question des loyautés familiales de « pseudo-introjection d'expériences traumatisantes » décrites chez les toxicomanes, ainsi que la notion de crypte installée à l'intérieur du sujet à la suite d'un deuil ou d'une honte inavouable, processus mélancoliformes qui seront retrouvés dans la genèse des addictions (Pirlot, 2009, pp. 73-74).

L'addiction chercherait ainsi à gommer l'échec de l'introjection et le deuil de l'objet. Les addictions signent d'une part les défauts dans les processus fort complexes d'identification, d'autre part, elles permettent à un sujet d'être l'acteur d'un mouvement d'effraction corporelle par la mise en lui d'un corps étranger – trauma – dont il connaît, et par là même contrôle, les effets sur son corps et son psychisme confondus (son self). (Ibis, p. 75)

L'incorporation par le recours au geste réalise en effet une identification sur un mode fusionnel et animique qui n'est pas sans rappeler celle du toxicomane habité par un « fantôme » provenant d'expériences introjectées vécues par un ascendant. L'auto agression (ou l'auto-sadisme par incorporation) se présente dans l'addiction comme un analogon de l'identification à un agresseur celui-ci étant ici le corps souffrant, premier objet d'emprise de la part de l'autre maternel. L'addiction (ou le transfert passionnel) relève ainsi de ce fantasme de rester dans « l'enveloppe commune » entretenant le lien incestueux, fœtal, osmotique où l'autre est soi (Pirlot, 2009, p. 79).

Les conduites addictives viendraient témoigner cette configuration familiale, elle-même addictive, pour essayer de boucher le trou représentationnel par une figuration à partir des éprouvés corporels en même temps qu'elle prend sa place dans le contrat familial qui nécessite de rester collés les uns aux autres, comme si le traumatisme agissait à la manière d'un trou noir qui domine la famille. Ce trou représentationnel signe une béance dans laquelle vient s'engouffrer l'angoisse de perte de lien (Durastante, 2011).

L'impact du passé met le jeune en devoir d'agir sur un destin qui ne lui appartient pas tout à fait. Le toxicomane, tente de résoudre à travers des prises de drogue, une dépendance qui le relie à un passé trop envahissant, incontournable. Ils ne cessent de tout mettre en œuvre par la rupture, le clivage, pour se couper de ce quelque chose qui leur colle trop à la peau et qui ne cesse de leur revenir à la figure (Varga, 1992).

Cirillo et al. ont étudié minutieusement les familles de toxicomanes, et ont accordé, à partir de leur observation, une attention particulière à la « transmission intergénérationnelle de la carence » qui est marquée par trois types de dynamique transgénérationnelle :

- « - Un fonctionnement familial subtilement inadéquat avec une toile de fond trigénérationnelle souvent caractérisée par des vécus traumatiques peu élaborés, en particulier dans la lignée paternelle.
- Des parents répétant les expériences insatisfaisantes vécues dans leur famille d'origine ou cachant le malaise relationnel;
- Une transmission transgénérationnelle de l'abandon de l'objet comme règle de la structuration des liens ». (Cirillo et al., 1997, pp. 58-59)

Le jeune toxicomane va également permettre à ses parents d'assouvir par procuration leur secrète passion pour la transgression. En effet, au cours du travail transgénérationnel entrepris autour de l'histoire de la famille, apparaissent souvent des schémas répétitifs où les interdits se trouvent transgressés (Charles-Nicolas, 1989, p. 241).

Si l'on envisage la dépendance sous l'angle de la transmission intergénérationnelle, il y aurait donc des familles qui seraient « toxicomanogènes », caractérisées par la difficulté à faire face aux séparations et par l'intolérance à la frustration. Le poids des loyautés, des dettes, des délégations et des transgressions familiales, l'impact des ruptures émotionnelles

transgénérationnelles insuffisamment élaborées et sans différenciation suffisante entre les générations, favorisent une généalogie de la dépendance.

Conclusion

L'individu, comme nous avons pu voir, ne peut complètement construire sa propre histoire : il s'ancre dans une histoire familiale qui le précède. Un héritage transgénérationnel lui est transmis par les générations précédentes, constitué d'éléments bruts, non élaborés, transmis tels quels, issus d'une histoire lacunaire, marquées de vécus traumatiques, de non-dits, de deuils non faits. Faute d'avoir été élaborés par la ou les générations précédentes, ces éléments bruts font irruption chez les héritiers, traversant leur espace psychique sans appropriation possible.

La plupart des recherches montrent que la transmission s'organise non seulement à partir de ce qui est faille et manque, mais à partir de ce qui n'est pas survenu, ce qui est manque d'inscription et de représentation, ou de ce qui, sur le mode de l'encryptage, est en stagnation sans être inscrit. Lorsque l'histoire n'a pas été psychisée de manière suffisante pour devenir récit-témoin de l'existence d'une mémoire vive, fût-elle amnésiée, refoulée, elle demeure écrite dans le corps. La symbolisation s'en trouve alors remplacée ou étayée par le corporel et les diverses formes du réel. Ainsi, rien ne peut être étouffé qui n'apparaisse quelques générations après, comme énigme, comme impensé, c'est-à-dire comme signe même de ce qui n'a pu être transmis dans l'ordre symbolique.

La voie principale de transmission psychique concerne les processus d'identification projective et particulièrement les voies non verbales de transmission. Les messages inconscients se transmettent par le comportement, par les attitudes, par tous les gestes, les signes qui composent la communication et auxquels chaque sujet est sensible, et encore plus le jeune enfant sans langage.

Les enfants qui grandissent dans une famille hantée par des secrets deviennent souvent à leur tour des adultes aptes à créer de nouvelles situations de secret. Leur incapacité à contrôler les secrets dont ils sont victimes, les pousse à engendrer d'autres qu'ils peuvent maîtriser. Mais leurs enfants risquent bien d'en être gravement affectés à leur tour. Ce qui fait que les secrets transmis d'une génération à l'autre auront des conséquences désorganisantes, les cas du fantôme et celui de la crypte en représentent les exemples les plus connus. Le porteur de

crypte souffre de « réminiscences ». Le passé continue à peser lourdement sur le présent et tout ce qui a été blessé reste blessant.

La plupart des secrets transmis ne sont pas dus à des actes honteux ou coupables, mais à des traumatismes vécus par une génération et incomplètement élaborés par elle. Il peut s'agir de traumatismes privés, comme un deuil, mais aussi collectifs comme une guerre ou une catastrophe naturelle. Un événement qui aura été traumatisant pour les parents pourra avoir un effet traumatique pour l'enfant, s'il se trouve confronté à leur désorganisation, à leur processus de répétition et à leurs projections.

En ce qui concerne la problématique de l'addiction, De nombreux auteurs, comme nous avons pu voir, ont estimé que l'étiopathogénie des toxicomanies est systématiquement transgénérationnelle, et insistent sur le fait que l'histoire du toxicomane s'inscrit dans l'histoire d'une famille.

Le mandat familial dont le sujet prend la charge de transmettre traduit et condense les conflits infantiles de ses parents avec leurs propres parents. Un lien particulier unit celui qui délègue à celui qui est délégué. Ainsi, les distorsions dans la relation aux parents se traduisent par des « délégations » qui exercent une force contraignante sur le sujet, l'amenant à suivre des « missions » familiales. La prise du toxique remplace l'inquiétante étrangeté imposée au sujet de par le fantôme, par une inquiétante familiarité artificielle que le sujet se procure lui-même.

Cela nous laisse déduire que le poids des mandats familiaux s'inscrit de manière dominatrice dans le destin du sujet toxicomane et favorise indirectement l'émergence de la conduite addictive. C'est pourquoi, en plus des dysfonctionnements familiaux et des troubles individuels qui en découlent, il faudrait toujours investiguer, dans notre travail avec les toxicomanes, l'éventuelle présence d'un secret dans le système familial ainsi que les types de relations connectées avec le secret, puisqu'il semble que le secret familial exerce un clivage intense sur le psychisme du descendant qui tente de le réduire par la prise de drogue.

Si l'objectif de toute recherche est de promouvoir des observations qui permettent de développer et d'approfondir des connaissances à propos d'un sujet particulier qui représente un objet d'étude, c'est donc pour cette raison que la deuxième partie de notre thèse, méthodologie utilisée et étude des cas, représenterait un élément fondamental pour l'élaboration de notre recherche.

**Deuxième partie : L'histoire de la famille de l'héroïnomane à
l'épreuve du terrain**

Chapitre I : Méthodologie, problématique et hypothèse

1. La méthodologie de recherche

Notre méthodologie de recherche constitue l'ensemble des règles logiques nécessaires à la sélection et l'interprétation objective de données pertinentes, par rapport aux problèmes que nous nous proposons de résoudre. C'est le moyen par lequel nous essayons de vérifier les hypothèses opérationnelles de notre recherche qui découlent de l'hypothèse de base envisagée dans la position du problème et qui énonce la probabilité d'un lien entre la dépendance à l'héroïne et le dysfonctionnement familial vu sous l'angle de la transmission générationnelle et transgénérationnelle. (Lonescu & Blanchet, 2009)

L'objectif de cette recherche est l'étude du rapport entre l'addiction à l'héroïne chez les jeunes libanais et le dysfonctionnement familial vu sous l'angle de la transmission générationnelle et transgénérationnelle.

1.1. Hypothèses

Une problématique assez complexe que l'addiction suppose beaucoup de facteurs déterminants. Dans toute cette complexité, nous avons décidé de délimiter notre recherche et nous concentrer sur l'addiction à l'héroïne, pour les raisons que nous avons précisées dans la première partie de cette thèse, et cela à trois niveaux relationnels : la relation aux imagos parentales intériorisées, au système qui régit la dynamique familiale et aux histoires de famille non résolues qui se transmettent d'une génération à l'autre et se répètent à travers le jeune héroïnomane.

L'hypothèse de base de la thèse est la suivante :

Il semble que le jeune héroïnomane tente par son addiction de résoudre une dépendance archaïque qui se joue à trois niveaux :

- 1- Au niveau **intrapsychique**, en rapport avec les fonctions maternelles et paternelles intériorisées qui présentent :
 - a- Une faille dans l'organisation de l'objet primaire témoignant d'une dysrythmie des échanges mère-enfant, et dans l'élaboration des processus de séparation-individuation.
 - b- Une carence dans les fonctions paternelles en tant que figure symbolique essentiel à la vie psychique et relationnelle du sujet, témoignant d'un manque de contenance.

- 2- Au niveau des liens **intersubjectifs** : un dysfonctionnement dans le système qui régit la dynamique familiale qui révèle des difficultés inhérentes à la dynamique dans laquelle les rôles sont joués, où le sujet héroïnomanes prend le rôle du sujet symptôme pour maintenir l'homéostasie de la famille;
- 4- Au niveau des liens **transsubjectifs** : qui se jouent dans le registre du négatif le liant à ses racines, à un passé qui reflète des histoires familiales transgénérationnelles, et qui se transmet sans être transformé, intégré psychiquement et symbolisé.

Cette hypothèse de base nous permet de poser une problématique selon trois axes :

- Premier axe : A quel point la consommation de l'héroïne représente-elle des tentatives pour combler la faille au niveau des fonctions parentales : maternelles et paternelles ?
- Deuxième axe : A quel point le jeune héroïnomanes sert de sujet-symptôme pour des dysfonctionnements au niveau du système familial, et prend en charge l'histoire familiale pour permettre à la famille de maintenir son propre équilibre ou homéostasie ?
- Troisième axe : A quel point le poids des dettes, des loyautés, des délégations familiales, ainsi que les traumatismes transmis d'une génération à une autre qui sont insuffisamment élaborées, favorisent-ils une généalogie de la dépendance ?

1.2. Le processus de recherche

1.2.1. La population visée

La société libanaise est une société pluraliste, multiconmunautaire. Il existe dix-huit communautés officiellement reconnues, que l'on classe généralement en trois catégories distinctes : les communautés chrétiennes, musulmanes et druzes. Chaque libanais est tenu d'adhérer à la communauté de sa naissance.

La population visée est celle de jeunes héroïnomanes libanais des deux sexes et leurs parents qui appartiennent à la société libanaise dans sa diversité communautaire, socio-économique et régionale.

Le choix de rencontrer les parents en plus des jeunes héroïnomanes a pour but de s'octroyer l'opportunité d'étudier les deux lignées, d'enrichir les données des histoires de famille inter et transgénérationnelles et d'évoquer une continuité qui pourrait exister entre les deux maillons avec ceux qui les précèdent, jusqu'à l'origine de la lignée, afin de « reconstruire ... le puzzle généalogique, avec les pièces renfermées dans l'inconscient parental. Que le parent précède

l'enfant implique que lui-même a été précédé par d'autres parents lui ayant légué un héritage » (Eiguer, 2001, p. 101)

1.2.2. L'échantillon

A- Le procédé de choix de l'échantillon

Il nous a été important de choisir des personnes présentant les caractéristiques qui nous permettent de répondre à nos hypothèses. Le choix s'est opéré avec discernement et souci de validité.

Pour choisir un échantillon représentatif de l'ensemble de la population visée dans sa diversité, nous avons utilisé la méthode empirique dont le principe est le "choix raisonné" d'un échantillon ayant une structure identique à celle de la population parente, qui est la société libanaise dans sa diversité, et qui présente des caractéristiques relatives aux variables étudiées.

L'échantillon est tiré de l'organisation libanaise spécialisée, « Oum el Nour » (Regroupement Mère de Lumière).

Pourquoi le choix de cette organisation parmi celles que nous avons évoquées dans la première partie de cette thèse ?

Cela revient à ce que « Oum el Nour » est la structure la plus ancienne au Liban dans la prise en charge des dépendants à une substance, surtout l'héroïne. Elle est celle qui attire le plus grand nombre de toxicomanes de toute région au Liban, de différentes communautés religieuses, niveaux d'éducation et appartenances socio-économiques. De plus, en tant que conseillère psychologique dans cette organisation, cela nous a facilité la tâche de la recherche et du choix de l'échantillon pour mieux cibler la réalisation de nos objectifs de recherche.

Les rencontres avec les responsables aux centres de prise en charge des toxicomanes à Oum el Nour ont été des moteurs de la recherche, et la sélection des rencontres avec les résidents dans les centres et leurs parents s'est faite en collaboration étroite avec l'équipe de travail qui a exprimé un véritable intérêt pour cette recherche dont les résultats pourraient lui être bien utiles, vu l'importance du sujet pour une bonne compréhension de l'addiction qui aura pour conséquence une amélioration des conditions de prise en charge des jeunes toxicomanes et de leurs familles. Ainsi, une collaboration et une confiance ont été établies entre nous pour nourrir les échanges autour de la réflexion et du travail.

A partir des réunions avec les responsables des deux centres de réhabilitation à Sheileh pour les jeunes garçons et à Fatka pour les jeunes filles ainsi qu'avec les psychologues et les assistantes sociales dans les centres, qui nous ont informées sur l'historique de chaque sujet de la population cible afin de pouvoir choisir un échantillon représentatif de la population libanaise dans sa diversité culturelle, socio-économique, régionale et communautaire, ce qui nous a été bénéfique dans la sélection de ceux et celles parmi les résident(e)s qui paraissent correspondre à nos critères de choix et qui ont exprimé leur consentement à la participation à notre recherche.

B- Facteurs d'inclusion

L'échantillon est composé de personnes des deux sexes qui viennent de tous les niveaux sociaux-économiques et culturels, de tous les niveaux d'instruction et de diverses appartenances libanaises communautaires et régionales.

C- Facteurs d'exclusion

Sont exclus de l'étude :

- Les résidents dont le produit principal de dépendance derrière son admission n'est pas l'héroïne (alcool, cocaïne, médicaments détournés de leur usage normal, ...).
- Les résidents, dont le séjour au centre de réhabilitation ne dépasse pas les trois mois, vu que les trois premiers mois dans le centre sont consacrés au recouvrement qui suit le sevrage à l'hôpital, et pendant cette période les résidents qui sont généralement dans un état difficile, coupent tout contact avec le monde extérieur y compris leurs familles.

D- Volume de l'échantillon

Le nombre des héroïnomanes composant notre échantillon est de vingt personnes, dix de sexe masculin et dix de sexe féminin, et les deux parents de chacun d'entre eux.

En outre, il faut noter qu'une des résidentes choisies avait le père décédé, et sa mère, qui est aussi toxicomane, a refusé de nous voir. Cependant, vu que ce cas était un des rares dont la mère est toxicomane, nous avons choisi de rencontrer la tante maternelle de la résidente qui est, en fait, la seule dans la famille à être en contact avec Oum el Nour, et qui suit le programme conçu pour les parents des résidents.

De plus, le père d'une autre résidente, qui vit en Australie, n'a pas accepté de s'entretenir avec nous sur Skype, étant donné qu'il ne pouvait être présent pendant la période de recueil des

données. Aussi, le père d'une autre résidente a manqué son rendez-vous deux fois. Ensuite, la résidente a quitté le centre avant la fin de son programme, et Oum El Nour a perdu contact avec elle, ce qui nous a empêchées de nous entretenir avec le père. Mais dans ces deux cas aussi nous avons trouvé que le fait de ne pas rencontrer le père n'allait pas changer d'une manière significative les résultats.

1.2.3. Les instruments de recherche

A- L'entretien non-directif :

Nous avons commencé notre rencontre avec chacun des sujets de notre échantillon par un entretien non-directif, comme étape préliminaire, qui nous a permis d'établir le contact avec eux, d'obtenir une meilleure coopération de ceux-ci, et de les mettre en confiance pour passer aux autres outils de recherche.

B- L'entretien semi-directif

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif pour le degré de liberté accordé au sujet et le niveau de profondeur qu'il permet d'atteindre.

L'entretien semi-directif se distingue par la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. En effet, dans ces entretiens, on propose une orientation au discours sans adhérer totalement à la logique du narrateur et, à l'opposé, on ne canalise pas non plus, délibérément et systématiquement son discours. L'entretien approfondi respecte la dimension subjective et favorise l'émergence des différentes logiques qui régissent les champs d'action et de pensée. Un guide d'entretien est établi en réponse à nos hypothèses et aux différentes variables dont nous tentons de confirmer le rôle dans la dépendance à l'héroïne. (Lonescu & Blanchet, 2009, p. 61).

Les entretiens se sont déroulés séparément avec l'héroïnomane et chacun de ses parents. Ces entretiens nous ont permis de saisir la dynamique qui régit les interrelations familiales, de voir comment chacun d'eux décrit l'histoire de la famille, de comprendre la représentation de l'héroïnomane dans le psychisme de ses parents, et la représentation de chacun des parents dans le psychisme de leur enfant, et de saisir comment les différentes histoires racontées s'enchevêtrent. De plus, ils ont pu explorer les lignes transgénérationnelles portées sur le sujet au niveau des représentations et les mandats familiaux.

Les entretiens se sont globalement bien déroulés, et ils ont souvent débouché sur des narratifs détaillés de l'histoire familiale.

Alors que nous étions initialement inquiètes des effets de l'exploration de données porteuses d'émotions et de souffrances importantes, la majorité des sujets ont exprimé un intérêt à se plonger dans l'investigation de leur histoire personnelle et dans les sagas familiales.

Certains sujets qui ont eu des vécus familiaux de carence affective, ou de manque de communications familiales, nous ont semblé avoir été touchés par l'intérêt d'une réflexion sur soi dans un cadre bienveillant, ne comportant pas d'enjeu spécifique.

En fait, nous n'avons été confrontées à aucune résistance importante de la part des personnes rencontrées, qu'il s'agisse des résidents ou des parents, même par rapport aux thèmes chargés de souffrance ou de non-dits familiaux.

De plus, nous avons généralement l'impression de n'avoir déstabilisé aucun des sujets par l'investigation de l'histoire familiale. En fait, ils étaient eux-mêmes conscients de la présence de thèmes douloureux. Pourtant, nous leur avons fait part que nous étions à leur disposition s'ils avaient ultérieurement envie de nous contacter.

C- Le génogramme

Le but du génogramme est de mettre en évidence les mandats transgénérationnels imposant des obligations impérieuses s'inscrivant dans le destin de l'enfant. (Lebovici, 1994) Cela nous a incitées à investir cet instrument dans le cadre de nos entretiens semi-structurés, selon les directives proposées par McGoldrick et Gerson (1985).

A partir du génogramme de l'héroïnomane et de chacun de ses parents, nous avons pour objectif de saisir comment chacun d'eux s'inscrivait dans l'espace et la durée comme maillon d'une généalogie, et voir comment chacun d'eux percevait sa famille et comment il s'installait au sein de cette institution.

Nous nous sommes efforcées de recueillir l'arbre généalogique de chacun des sujets et de leurs parents en se centrant sur les événements familiaux, les particularités des systèmes familiaux, les patterns de répétition transgénérationnelle, les mandats, les triangulations et les secrets.

Les données que nous avons pu recueillir remontent essentiellement jusqu'à la génération des grands-parents, mais elles comportent des renseignements souvent détaillés sur les oncles et les tantes et autres proches des deux lignées familiales.

Nous nous sommes efforcées de trouver un équilibre entre une écoute bienveillante et des interventions permettant une investigation productive du génogramme, tout en respectant les défenses des sujets.

En effet, le génogramme nous a permis de découvrir des histoires familiales répétitives ou cachées, des non-dits et des secrets de famille, qui facilitent la compréhension de l'enkystement symptomatique chez nos sujets héroïnomanes.

D- Les épreuves projectives

La spécificité de la médiation projective nous semble précieuse pour aller à la rencontre de ce qui précisément échappe aux lois du langage dans l'entretien. Les épreuves projectives, comme dispositifs à régresser, à différencier, à symboliser mobilisent les processus de la transitionnalité. (Ravit, 2006, p194)

a- L'épreuve projective « thematic apperception test » (TAT)

Bien que les deux épreuves projectives : Rorschach et TAT se présentent comme deux épreuves complémentaires de l'organisation de l'affect et que « leur confrontation permette un affinement considérable de l'évaluation diagnostique » (Chabert, 2013, p. 63), nous avons opté de nous limiter à l'administration du seul test du TAT dans le cadre de cette recherche, vu que l'objectif principal de notre thèse concerne l'aspect relationnel de la vie du sujet, et c'est dans le test du TAT, à partir des planches présentant des scènes relationnelles, que les modalités d'organisation du moi se montrent pour penser l'axe conflictuel, les modes d'aménagement des relations du sujet avec ses objets internes et externes, ainsi que la réalité de son vécu infantile et œdipien.

Au TAT, affirme M. Ravit « l'analyse des procédés du discours, à partir de planches présentant des scènes relationnelles, témoigne des modalités d'organisation du moi pour penser l'axe conflictuel ». Pour elle Les protocoles du TAT « soulignent la précarité du monde imaginaire, l'importance d'angoisses archaïques qui vont jusqu'à faire basculer la lisibilité de l'histoire, et la prévalence de manœuvres défensives visant le gel de l'expression pulsionnelle dans une mise à distance du conflit » (Ravit, 2006, p. 195).

Nous avons choisi pour l'analyse des protocoles du TAT la méthode de Vica Shentoub qui avec R. Deray ont proposé, dès 1970, une analyse du matériel en termes de contenu manifeste et de contenu latent. Leur hypothèse de base est que les planches représentent des situations se

rapportant aux conflits universels, notamment au conflit œdipien. En fait, presque toutes les planches se réfèrent à la différence des générations et/ou à la différence de sexes. (Ibis, p. 57)

Dans l'étude du contenu de chaque protocole nous avons insisté sur la double orientation des problématiques sous-jacentes : celle qui réfère à l'organisation œdipienne et celle qui renvoie à la problématique de la perte d'objet. (Ibis, p. 57)

b- L'épreuve projective « Family apperception test » (FAT)

Le FAT est un test projectif fondé sur la théorie systémique qui considère l'individu comme faisant partie d'un système plus large. Il vise à intégrer, dans le processus d'évaluation, les aspects individuels et groupaux du fonctionnement familial, qui est appréhendé dans ses aspects structuraux, dynamiques, affectifs et interactionnels. Le FAT permet de mettre en évidence des thématiques diverses en rapport avec la présence de conflits apparents, la résolution des conflits, la qualité des interactions familiales, l'existence de limites définies entre les générations, etc. (Julian & Sottle, 1999)

1.2.4. Le cadre des rencontres de recherche

Les rencontres se déroulent dans un lieu institutionnalisé familial aux sujets, calme où ils peuvent se sentir à l'aise :

- Les rencontres avec les résidents se déroulent au cabinet de la psychologue dans le centre de réhabilitation, la porte fermée et sans interruption.
- Les rencontres avec les parents se déroulent au cabinet de l'assistante sociale dans les bureaux de « Oum el Nour » où sont suivis les parents et les anciens résidents, la porte reste fermée et personne n'interrompt notre entretien.

A- Le vocabulaire utilisé

Les entretiens se sont déroulés, en général, en arabe, mais certains sujets ont préféré utiliser le français dans leur discours vu qu'une grande partie des libanais parlent le français et certains, surtout dans les familles bourgeoises, l'utilisent dans leurs discours quotidiens comme première langue.

Le vocabulaire est précis, simple et adapté à la population avec évitement de mots chargés affectivement et socialement.

B- Notre position de chercheur

Notre position de chercheur se traduit par :

- Le respect de la personnalité de l'interlocuteur, de ses appartenances (sociale, culturelle, communautaire, professionnelle, etc.).
- La neutralité bienveillante qui facilite la confiance du sujet et l'expression libre de ses pensées et émotions.
- L'empathie, qui implique de comprendre ce que dit le sujet, montrer que nous ne portons aucun jugement de valeurs sur le discours, faire attention à notre communication non verbale et montrer de l'intérêt pour ce qui est dit, en utilisant des expressions telles que « je vois, je comprends ».
- La prise en considération de la communication non verbale du sujet (les gestes, les postures, les orientations du corps, l'agencement du regard, les mimiques du visage, la communication tactile, etc....) afin de mieux comprendre son monde intérieur.

C- La présentation de la recherche

Nous nous présentons aux résidents et à leurs parents comme suit :

« Je suis psychologue et chercheuse en psychologie clinique. Je mène une recherche sur la dimension familiale de la dépendance à l'héroïne. Cette recherche a pour objectif principale de mieux connaître la souffrance des jeunes dépendants et de leur famille, ce qui permettra d'améliorer les conditions de prise en charge de ces jeunes et aider la famille à une meilleure compréhension de leur enfant et de leur responsabilité vis-à-vis de l'avenir de celui-ci ».

D- La démarche du travail de recherche

Avant d'expliquer la démarche de la recherche, nous avons exprimé aux sujets nos remerciements pour leur disponibilité et leur coopération, et nous les avons rassurés sur le respect total des règles de l'anonymat et la confidentialité des informations qui seront exploitées exclusivement dans le cadre de la recherche.

A propos du mode de recueil des données, nous avons demandé au sujet l'autorisation de prendre des notes pendant l'entretien et, si c'est possible, d'utiliser le magnétophone pour enregistrer l'entretien ce qui permet le recueil de l'intégralité du discours, et donne la possibilité de se concentrer davantage pendant l'entretien sur la personne interviewée ainsi que d'être attentive aux émotions et aux non-dits, qui peuvent transparaître à travers l'expression et la gestuelle corporelle.

Nous avons expliqué que ces données seront effacées après avoir pris les informations nécessaires à la recherche et ne seront communiquées en aucun cas à une tierce personne y compris l'équipe d'Oum el Nour. En effet, tous les sujets ont été d'accord d'enregistrer l'entretien.

Cependant, nous avons pris des notes pendant l'entretien pour préciser les mimiques et les expressions non verbales des sujets, mais aussi par peur qu'un problème technique ne se produise dans le magnétophone qui pourrait interrompre l'enregistrement.

Concernant la démarche de la recherche, nous avons informé les résidents que nous allons nous rencontrer en deux temps :

Le 1er temps est consacré à l'entretien dont le but est de mettre l'accent sur le vécu du résident et son histoire avec la drogue, qui sera suivi d'une demande de dessiner son génogramme.

Le 2ème temps est utilisé pour faire administrer les deux tests du TAT et du FAT.

Nous avons prévenu les résidents que la durée de chaque rencontre serait d'environ une heure et demie.

A propos de la démarche du travail avec les parents, nous avons rencontré chacun d'eux une seule fois pour une durée d'environ une heure et demie qui a été consacrée à l'entretien et au dessin du génogramme.

Ainsi, la démarche du travail se déroule comme suit :

a- Avec le résident

1er temps : Entretien et dessin du génogramme.

L'entretien commence de manière non-directive. La relance est comme suit :

« Vous êtes actuellement dans une démarche pour pouvoir vivre une vie sobre loin de la drogue. Ce qui intéresse notre recherche c'est votre expérience, votre vécu et votre façon de voir les choses ».

Nous démarrons par des généralités pour arriver à la deuxième partie de l'entretien qui est l'entretien semi-directif mené sous forme de dialogue qui se fait sur le mode de la conversation.

La grille d'entretien semi-directif est choisie en fonction de la problématique et répond aux hypothèses de l'étude. Elle met l'accent en particulier sur :

- L'ici et le maintenant du vécu familial de l'héroïnomane.
- L'histoire de l'héroïnomane depuis sa conception passant par la petite enfance, l'enfance, la puberté et l'adolescence, comprenant son état de santé, son parcours scolaire, sa vie sociale, le développement de sa personnalité, etc.
- La relation de l'héroïnomane à sa mère dans chacune des étapes susmentionnées de sa vie.
- La relation de l'héroïnomane à son père dans chacune des étapes susmentionnées de sa vie.
- Les rôles dans le système familial et l'organisation hiérarchique au sein de la famille.
- Le système de communication dans la famille.
- Les conflits et les alliances qui régissent les relations familiales.
- Les événements importants vécus dans la famille.
- Les séparations que l'héroïnomane a vécues : décès dans la famille, séparation ou divorce des parents, changement d'habitat, émigration, changement d'école, etc.
- Les comportements de dépendance dans la famille : drogues, alcool, jeu pathologique, automédication, boulimie, anorexie mentale, comportements de risque, conduites suicidaires, etc.
- Les pathologies familiales : maladies physiques, psychiques, psychosomatiques, mentales, etc.
- La famille dans sa relation à la loi et à l'autorité (transgression de la loi, difficulté à accepter l'autorité, déviance, incarcération, marginalisation...).
- La mort dans la famille : comment la famille a été confrontée au décès de l'un de ses membres ou de ses proches ?
- Les relations aux grands parents et à la famille d'origine.
- comment la famille a été confrontée à la violence de la guerre ?
- Les croyances religieuses du résident et de ses parents.

Nous terminons l'entretien avec une question ouverte telle que : comment vous pensez maintenant ? Qu'est-ce que vous pensez qu'il va arriver ?

Dans la 2ème étape de cette rencontre, nous demandons au résident de dessiner la représentation graphique de sa famille (le génogramme) sur une feuille de papier. La consigne est la suivante :

« Dessinez une représentation graphique de votre famille sur une période d'au moins trois générations, vous êtes libre de représenter votre famille de la manière dont vous voulez et de choisir qui va figurer sur le génogramme avec votre propre façon de les désigner ».

Après avoir terminé le dessin, nous lui demandons d'expliquer son dessin et de parler de chacun des personnages figurant dans le génogramme et des liens qui les unissent, dans le but d'avoir une vue d'ensemble des "patterns" familiaux complexes qui sont une source riche d'hypothèses sur la manière dont le problème de l'addiction peut être relié aux contextes familial et transgénérationnel et l'évaluation dans le temps, à la fois du problème et du contexte.

A la fin du 1er temps, nous demandons au sujet s'il a quelque chose à ajouter ou s'il souhaite aborder un autre sujet.

2ème temps : L'administration des deux tests projectifs du TAT et du FAT.

La rencontre se passe dans une durée d'environ une heure et demie. A peu près une heure pour la passation du test du TAT et une demi-heure pour la passation du test du FAT.

Nous commençons par l'administration du test de TAT qui se présente sous forme de planches qui doivent être présentées au sujet.

La consigne, qui relève d'une invitation en termes de perception et de projection à partir duquel des productions verbales sont attendues, est la suivante :

« Je vais vous montrer des planches, qui sont des dessins figuratifs représentant des situations sociales variées, et je vous demande de raconter une histoire à partir de ces planches. Vous pouvez utiliser votre imagination et, surtout, rappelez-vous qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse dans ce que vous direz au sujet d'une image ». (Shentoub & col., 1990, p. 39)

Nous rappelons au sujet que nous allons noter ses réponses et lui demandons si c'est possible d'utiliser le magnétophone pour le seul but de la précision dans le recueil de données en insistant sur le principe de confidentialité.

Après avoir terminé la passation du test du TAT, est administré le test du FAT, qui se présente sous forme de 21 planches qui doivent toutes être présentées au sujet après avoir indiqué la consigne suivante :

« J'ai une série d'images qui montrent des personnes dans leur famille. Je vais vous les montrer une à une. A vous de me dire, s'il vous plaît, ce qui se passe sur l'image, ce qui a conduit à cette scène, ce que les personnages pensent ou ressentent et aussi comment l'histoire va se terminer. Vous pouvez utiliser votre imagination et, surtout, rappelez-vous qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse dans ce que vous direz au sujet d'une image ». (Sotile et al, 1999, p. 7)

La passation ressemble à celle du TAT. La consigne met l'accent sur l'évocation d'un cadre de références cognitive et affective centrées sur la famille.

De nouveau, nous rappelons au sujet que nous allons noter ses réponses et utiliser le magnétophone en insistant sur le principe de confidentialité.

A la fin du 2ème temps, nous demandons à notre interlocuteur s'il a quelque chose à ajouter ou s'il souhaite aborder un autre sujet. Après l'avoir écouté, nous lui exprimons nos remerciements pour sa coopération et nous lui faisons part que nous sommes à sa disposition s'il ou elle aura ultérieurement envie de nous contacter.

b- Avec chacun des parents du résident

L'entretien se fait avec chacun des parents séparément. Ces entretiens nous permettront de voir comment chacun d'eux décrit l'histoire de sa famille, de comprendre la représentation de l'héroïnomane dans le psychisme de ses parents.

La rencontre se passe pour une durée d'environ une heure et demie, et est consacrée en plus de l'entretien à faire dessiner chacun son génogramme.

L'entretien commence non-directif. La relance est la suivante :

« Votre enfant est actuellement dans une démarche pour pouvoir vivre une vie sobre loin de la drogue. Ce qui intéresse notre recherche c'est votre expérience avec l'addiction de votre enfant, votre vécu et votre façon de voir les choses ».

La deuxième partie de l'entretien est semi-directive, elle est menée sous forme de dialogue qui se fait sur le mode de la conversation. La grille d'entretien semi-directif avec les parents qui répond aux hypothèses de l'étude met l'accent en particulier sur :

- L'ici et le maintenant du vécu familial.
- L'histoire de l'héroïnomane, dans la mémoire du parent, depuis sa conception passant par la petite enfance, l'enfance, la puberté et l'adolescence, comprenant son état de santé, son parcours scolaire, sa vie sociale, le développement de sa personnalité, etc.
- Sa relation à l'héroïnomane dans chacune des étapes susmentionnées de la vie de ce dernier.
- La relation de l'héroïnomane, de son point de vue, à l'autre parent dans chacune des étapes susmentionnées de sa vie.
- Les rôles dans le système familial et l'organisation hiérarchique au sein de la famille.
- Le système de communication dans la famille.
- Les conflits et les alliances qui régissent les relations familiales.

- Les évènements importants vécus dans la famille.
- Les séparations qu'il (elle) a vécues : décès dans la famille, séparation ou divorce, changement d'habitat, émigration, etc.
- Les comportements de dépendance dans la famille : drogues, alcool, jeu pathologique, automédication, boulimie, anorexie mentale, comportements de risque, conduites suicidaires, etc.
- Les pathologies familiales : maladies physiques, psychiques, psychosomatiques, mentales, etc.
- La famille dans sa relation à la loi et à l'autorité (transgression de la loi, difficulté à accepter l'autorité, déviance, incarcération, marginalisation...).
- La mort dans la famille : comment la famille a été confrontée au décès de l'un de ses membres ou de ses proches ?
- Les relations à la famille d'origine.
- Comment il (elle) a été confronté(e) à la violence de la guerre ?
- Ses croyances religieuses et celle des autres membres de la famille.

Je termine l'entretien avec une question ouverte telle que : comment vous pensez maintenant ? Qu'est-ce que vous pensez qu'il va arriver ?

Dans la 2ème étape de cette rencontre, nous demandons au parent de dessiner son génogramme qui est la représentation graphique de sa famille d'origine et de sa propre famille sur une feuille de papier.

La consigne est la suivante :

« Dessinez une représentation graphique de votre famille d'origine et de votre propre famille sur une période d'au moins trois générations, vous êtes libre de représenter la famille de la manière dont vous voulez et de choisir qui va figurer sur le génogramme avec votre propre façon de les désigner ».

Après avoir terminé le dessin, nous lui demandons d'expliquer son dessin et de parler de chacun des personnages figurés dans le génogramme et des liens qui les unissent, dans le but d'avoir une vue d'ensemble des " patterns " familiaux complexes qui sont une source riche d'hypothèses sur la manière dont le problème de l'addiction peut être relié au contexte familial et transgénérationnel et l'évaluation dans le temps, à la fois du problème et du contexte.

A la fin de la rencontre avec chacun des parents du résident, nous lui demandons s'il a quelque chose à ajouter ou s'il souhaite aborder un autre sujet. Et après l'avoir écouté, nous

lui exprimons nos remerciements pour sa coopération, et nous lui transmettons nos coordonnées et signalons notre disponibilité à répondre à ses interrogations concernant le sujet de notre recherche ou n'importe quel autre sujet.

Après chaque entretien, nous avons pris des notes, sous forme de fiches d'entretien, où nous avons écrit nos impressions et nos remarques relatives au sujet et à son attitude durant l'entretien.

Les données que nous avons recueillies, jointes en annexe, ont été traduites de l'arabe au français par nos soins avec le souci méticuleux de rester fidèles au contenu de chaque récit.

Dans le chapitre deux, nous allons exposer l'étude des vingt cas de notre recherche.

Chapitre II : Etudes de cas

Nous avons réalisé un travail empirique dans le but de fournir des informations subjectives et approfondies concernant notre sujet de recherche. L'étude des vingt cas avec qui nous avons pu travailler dans le cadre de cette thèse a pour objectif de donner un sens à l'ensemble des éléments du terrain recueillis, servant à illustrer et à établir des rapports entre le travail du terrain et la théorie, ce qui contribue à mettre nos hypothèses de recherche en discussion.

I- Les jeunes hommes

1- Joseph-Karim : Perdu entre deux prénoms sur les lignes de démarcation

a- Anamnèse

Joseph-Karim (J-K) est né en 1992, il est fils unique de ses parents. Sa famille est chrétienne catholique et de niveau socio-économique moyen. Il a décroché un bac technique, alors que le père et la mère ont fait des études universitaires. Il a travaillé comme compositeur de musique et jouait de la guitare.

Il commence l'abus de substance à l'âge de quatorze ans, consommant au début le haschisch, la marihuana et l'ecstasy, pour passer plus tard à la cocaïne, la LSD, la morphine, les benzodiazépines, et enfin l'héroïne. Son addiction dure cinq ans. C'est sa première réhabilitation à Oum el Nour et il y réside depuis huit mois. Cependant, il a suivi un programme de réhabilitation au centre "cénacle de lumière" et un programme de soin basé sur la prise de produit de substitution. Il a été incarcéré une fois pour délit de trafic et de consommation de drogue, et a été libéré à condition de suivre un programme de réhabilitation. Sur son prénom composé « Joseph-Karim », il raconte que c'est le résultat d'un assemblage du prénom choisi par la mère (Joseph) et du prénom de son grand-père paternel (Karim). JK dit ne pas être réconcilié avec son prénom et qu'il se sentait toujours étranger et en crise identitaire face à cela, surtout qu'il voit dans le regard de son grand-père Karim la déception et des messages inconscients négatifs.

Sur sa naissance et son enfance J-K dit : « *Ma mère n'était pas heureuse de savoir qu'elle était enceinte de moi, elle ne voulait pas rester avec mon père* ».

Pendant la grossesse, les parents de J-K se disputaient beaucoup et la mère avoue qu'elle était trop anxieuse à cette époque. Les parents étaient extrêmement anxieux en donnant les soins

primaires à leur bébé. Pendant les premiers mois la mère était déprimée et la deuxième semaine après sa naissance elle a arrêté de lui donner le sein. Elle dit : « *j'avais une angoisse qu'il ne meure entre mes mains en allaitant* ». Est-ce une peur qui cache le désir de sa disparition ?

Pendant sa première année de vie, J-K tombait souvent malade. Le père le couvait trop et il l'observait tout le temps.

A l'âge de deux ans, il refusait de se séparer de sa mère pour aller à la garderie. Puis, à l'école jusqu'en classe de dixième, il pleurait tous les jours en quittant la maison le matin. Il n'a pas pu réussir à l'école dès le début à cause d'un déficit de l'attention dont il souffrait. De plus, il était lent et rêveur, ne pouvant pas se concentrer sur les études. Le médecin lui a prescrit un médicament pour traiter le déficit d'attention. Et depuis, J-K développe une passion pour les pilules.

A l'âge de six ans, ses parents, qui se disputent tout le temps, divorcent pour mettre J-K dans un état de déchirure affective trop dure. JK exprime « *Je me sentais fragile comme un petit garçon qui a perdu son jouet et qui souffrait d'insécurité. Je pleurais toutes les nuits* ». De plus, JK raconte qu'après le divorce de ses parents, il faisait semblant de s'évanouir pour attirer l'attention de son père afin que ce dernier ne le quitte pas.

Depuis sa petite enfance, J-K était attaché à un ours en peluche, il ne pouvait dormir que s'il l'avait entre ses mains. De plus, il a continué à prendre le biberon jusqu'à l'âge de dix ans.

b- La rencontre avec la drogue

A l'âge de quatorze ans, J-K commence à fumer le haschisch, et vite il arrive à consommer une trentaine de joints par jour. Son père ne savait toujours pas qu'il fumait, tandis que sa mère voyait que fumer le haschisch n'était pas grave. Puis J-K fait rentrer d'autres drogues pour se sentir mieux, comme l'Acide, la Kétamine, la Cocaïne, la White China, la Benzodiazépine et l'Héroïne. Il dit qu'il passait beaucoup de temps seul à la maison parce que sa mère tardait au travail, et la drogue comblait le sentiment de vide qu'il ressentait. J-K élabore et décrit les différentes significations que chaque drogue lui procurait. Le haschisch fortifie son imagination et sa créativité pour composer des pièces de musique et il en avait besoin pour bien dormir. La benzodiazépine le détachait de la réalité de la vie, car il dit ne pas apprécier le jugement des gens. Le « white China » ressaisissait son corps comme si une autre vie y rentrait. De son côté, l'héroïne représente la sécurité, elle empêche la tristesse et la

dépression. Cette substance lui donnait le sentiment de tendresse qu'il ne trouvait plus ailleurs. Tout ce qui gêne disparaît avec l'héroïne .

J-K exprime « *Je transformais tout médicament en poudre pour l'injecter car j'adorais l'injection* ».

Durant son adolescence, il s'est toujours senti étrange ; il est tombé amoureux de sa professeuse de musique qui « le comprenait » et lui disait « qu'il était spécial » ; elle était mariée et son aînée de neuf ans. Suite à cet amour impossible, il a consommé l'héroïne pour pouvoir l'oublier. Quand il a arrêté de travailler, il a commencé l'abus sans arrêt toute la journée. Avec le temps, il a épuisé toute son épargne, et puis progressivement il a commencé à vendre des objets de la maison et à voler l'argent de sa mère. Il perd tous ses amis .

c- La dynamique familiale

D'après le protocole de TAT, une absence de triangulation est claire et l'instance surmoïque semble peu intégrée. La relation avec les parents est marquée par la culpabilité et ravive chez JK un sentiment d'infériorité et des représentations négatives d'un soi perçu comme inférieur. Cette relation est vécue selon des modalités anaclitiques dominées par l'angoisse de perdre l'objet. D'ailleurs, J-K raconte qu'enfant il tenait toujours quelque chose dans sa main pour se sentir en sécurité lorsque ses parents se disputaient .

Dans son génogramme, il sépare les deux familles paternelle et maternelle par une ligne verticale bien tracée, et écrit en bas de la feuille sous la ligne séparatrice son propre prénom : comme s'il est toujours déchiré entre les deux familles, ne connaissant pas où est sa place ou son identité.

Concernant sa relation à la mère, J-K dit : 'Ma mère est pour moi à la fois parfaite et imparfaite'. D'après le TAT, le récit évoque une idéalisation de l'image féminine (pl.4) et révèle une image maternelle surmoïque et, à la rigueur, castratrice (pl.5). A la planche (6BM) du protocole, la relation mère-fils est évoquée et liée à un sentiment de culpabilité avec un motif de conflit non précisé suggérant la présence d'un non-dit et d'un secret familial qui rend lourd le vécu de J-K. Nous pouvons penser à une culpabilité liée aux désirs inconscients incestueux de J-K envers sa mère et de haine envers son père. Son désir d'éliminer ou d'éloigner son père s'effectue en réalité, ses parents se séparent lorsqu'il avait six ans (âge œdipien).

J-K décrit son père comme étant étouffant, possessif, jaloux, paranoïaque qui n'a confiance en personne. D'après le TAT, l'image masculine est dévalorisée. (Pl.4)

Le père, de son côté, conscient de son rôle faible dans la vie de son fils, se défend en disant que sa femme a déformé son image devant son fils, ce qui l'a obligé de déformer l'image de la mère devant lui, il l'avoue.

D'après le FAT, l'on constate une certaine rigidité dans le système familial qui pousse les membres à avoir une attitude négative (planche 6). Une absence de communication qui suscite un sentiment de solitude et de dépression chez J-K (planches 13 et 15). Plus encore, J-K a un sentiment d'infériorité, il ne tolère pas l'idée de se regarder dans le miroir (planche 20) et la maison est illustrée comme un restaurant (planche 9) connotant la froideur émotionnelle dans les relations familiales. La famille n'a pas pu protéger J-K d'une dysharmonie évolutive ni de l'angoisse purement archaïque. L'angoisse de morcellement et la préoccupation de l'intégrité corporelle est présente dans le récit de TAT. Il y a fragilité des frontières entre le dedans et le dehors et le brouillage des limites entre soi et l'autre.

d- Les comportements addictifs et les maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

La mère est décrite comme bourreau de travail, elle est dépressive et dépendante aux médicaments. Elle a eu une tumeur cancéreuse au sein et elle est toujours sous traitement. Le père a une dépression, il souffre également d'un trouble obsessionnel compulsif et a des traits paranoïaques. Son grand-père maternel boit au moins une bouteille de vin tous les jours, prend un antidépresseur et souffre de maladies psychosomatiques. De son côté, le grand-père paternel, qui est médecin anesthésiste, consomme beaucoup de pilules médicales. Sa tante maternelle prend un anxiolytique régulièrement.

e- La relation au corps et à la mort

JK était boulimique pendant une période de temps. Une sorte d'addiction dans laquelle se produit une permutation entre l'objet toxique et l'objet de la satisfaction du besoin premier de l'enfant, à savoir : l'objet oral. Une manière de se défendre contre l'angoisse, dans le sens de se défendre de cette relation aliénée à l'Autre (la mère) qui introduit forcément, dans la demande, la question du désir qui se caractérise par une réponse évidée.

Quant à la passion pour l'injection, J-K affirme : '*Je transformais tout médicament en poudre pour l'injecter car j'adorais l'injection*'. L'on déduit que J-K, qui n'arrive pas à introjecter l'objet primordial, à symboliser le manque de cet objet dont il est malade ; il ne supporte pas le manque de cet objet et ne peut pas vivre "sans". Il s'oppose à la nécessité de la perte, de la

dette symbolique. Preuve en est, J-K ne pouvait pas dormir sans son objet transitionnel 'l'ourse en peluche', il tenait toujours à la main quelque chose pour se sentir en sécurité, et n'arrivait pas à quitter le biberon jusqu'à l'âge de dix ans.

J-K, qui refuse de reconnaître la perte de l'objet primordial, incarne cet objet pour l'encrypter, indiquant par sa passion pour l'injection de la drogue (des médicaments selon ses dires), son refus de se remettre de cet univers de manque. J-K voulait que son corps reste plein, et veillait à ce qu'il le soit en permanence.

Concernant sa relation à la mort, J-K a fait plusieurs fois des overdoses, il relate : « je savais que je mettais ma vie en danger de mort ». Mais cela ne l'a pas empêché de répéter cette confrontation avec la mort, cette expérience de jouissance mortifère, qui représente un risque de se perdre dans une désobjectivation massive car, au-delà du principe de plaisir, le gardien de la vie psychique, pour reprendre le terme de Freud, serait anéanti.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Du côté du père, J-K dit qu'il y avait un excès de hiérarchie, une famille rigide qui donne beaucoup d'importance à la loi. La grand-mère paternelle de J-K vient d'une famille libanaise aristocrate qui vivait en Egypte et qui s'intéresse beaucoup à la culture, aux traditions et à l'étiquette. L'arrière-grand-père débarque jeune de la Syrie pour étudier la médecine, il se marie avec une libanaise et ne rentre plus dans son pays natal. Il est décédé jeune quand son fils (le grand-père de J-K) avait à peine quatre ans. Ce dernier, devenu lui-même médecin anesthésiste, est décrit par J-K comme un homme très strict et silencieux la plupart du temps, comme s'il fait anesthésier une souffrance archaïque invouable et un deuil interminable.

JK trouve que la famille de son père est constituée de personnes masquées et tristes. Les frontières entre les sous- systèmes semblent trop rigides dans cette famille.

De son côté, dans la famille de la mère tout est chaotique, J-K décrit ses membres comme immatures, ils se disputent pour des raisons banales.

Tandis que la normalité se situe dans une famille aux frontières claires, ni diffuses, ni rigides, JK se trouve, au contraire, entre deux extrêmes dans les liens des relations intrafamiliales des deux familles paternelle (trop rigide) et maternelle (trop diffuse).

Pendant la guerre libanaise, la famille du père habitait sur les lignes de démarcation. Beaucoup d'amis du père sont morts durant la guerre et le père a survécu après avoir été confronté à beaucoup d'incidents. Le grand-père paternel s'exposait au danger à cause de son

métier de médecin qui l'obligeait à quitter la maison sous les obus pour se rendre à l'hôpital dans les cas urgents très fréquents à l'époque de la guerre.

De son côté, le grand-père maternel et ses frères, qui étaient des commerçants, sont venus d'Alep en Syrie pour s'installer au Liban fuyant le régime d'Assad et le fanatisme musulman envers les chrétiens dans les années soixante-dix. L'arrière-grand-mère maternelle est d'origine palestinienne, et avait six ans quand la famille a pris le chemin de l'exil de la Palestine pour le Liban. Comme sa famille, elle rêvait qu'elle allait revenir au pays d'origine pour réintégrer ses racines, relate J-K.

La grand-mère paternelle que J-K trouve étouffante et obsessionnelle, s'appelle Madelène mais la famille l'appelle Jocelyne, et J-K ne sait pas pourquoi, mais il sent qu'elle porte un grand secret. Ses parents sont des libanais, mais ils avaient émigré en Egypte. Cependant, quand le régime politique a changé en Egypte devenant socialiste en nationalisant les biens des gens riches, ces derniers ont fui le pays pour le Liban.

L'histoire des deux familles paternelle et maternelle de J-K témoigne de beaucoup de pertes et de deuils inachevés, deuil des personnes et deuils de patries, beaucoup de déplacements (Syrie, Palestine et Egypte), un vécu de guerre, des souvenirs traumatiques. D'une manière ou d'une autre, J-K porte l'empreinte des traumatismes des parents et aïeuls, soit comme victime, soit parce que dans son addiction ressurgissent les fantômes du passé. Les enfants « venus d'ailleurs » portent, sans qu'ils en aient conscience, une mémoire lacunaire qui peut peser lourdement sur leur destin et celui de leurs descendants. L'effet des traumatismes transgénérationnels s'exprime dans le cas de J-K dans une passion incontrôlable à toute sorte de drogues.

Synthèse

Entre un prénom désiré par la mère « Joseph » et un prénom imposé par les traditions « Karim » (au Liban on donne souvent au fils aîné le nom de son grand-père paternel), JK est divisé entre maman et papa, entre attentes et déceptions. Il est déchiré entre des mouvements de séparations, de déceptions (être à la hauteur du prénom de son grand-père médecin). Se couper entre papa et maman, entre l'amour pour papa et l'amour pour maman ? Se couper de sa scène primitive et/ou de ses piliers œdipiens ? Se couper de ses ambivalences structurantes ?

La guerre perdue entre les deux prénoms, les deux familles, les deux structures ; et le corps de J-K sert de champ de bataille. Il relate : « Qui suis-je au juste, Joseph ou Karim ? ». Le choix est difficile parce qu'il induit l'abandon d'une partie de lui, ce qui le rend incapable d'assumer. Fuir dans la toxicomanie sera la solution qui lui épargne une réponse qui le ferait sombrer dans la culpabilité.

D'un autre côté, l'anxiété et la dépression des deux parents, la défaillance dans la relation à l'objet primaire, le dysfonctionnement au niveau des relations intrafamiliales, le divorce des parents à l'âge de six ans, vécu comme une coupure ou une mutilation, les mandats des liens transgénérationnelles, la transmission inconsciente de « fantômes » et de « non-morts de la préhistoire familiale », tout cela semble avoir joué son rôle dans l'addiction de J-K.

2- Mahmoud : Un enfant né avec le canal des larmes bouché

a- Anamnèse

Mahmoud est né en 1993, il est célibataire et le plus jeune dans une fratrie de cinq enfants (deux garçons et trois filles). Il est musulman chiite, de niveau socio-économique au-dessous de la moyenne et habite la banlieue sud de Beyrouth. Il est détenteur d'un brevet mais n'a pas de profession fixe .

Mahmoud commence la consommation de substances à l'âge de douze ans. Il a consommé un cocktail de substances : le haschisch, l'alcool, la cocaïne, le rivotril, la free-base, l'opium, l'extasie pour terminer avec l'héroïne .

C'est sa deuxième réhabilitation à Oum et Nour, il y réside depuis neuf mois. La première fois, c'était à la demande de ses parents. La deuxième était de plein gré. Après avoir rechuté et vécu un mois dans la rue, il décide de rompre avec son addiction. Mahmoud a à son actif plusieurs arrestations pour consommation de drogue et pour vol, il a été souvent en prison.

Concernant sa naissance et son enfance, la naissance de Mahmoud était difficile (une césarienne). La mère dit qu'elle ne voulait pas d'enfant, et raconte avoir fait deux avortements avant sa naissance et a pensé l'avorter lui aussi. Rappelons ici le fait que les enfants mal accueillis, désinvestis affectivement, selon Ferenczi, s'ils ne meurent pas, ils développent des maladies organiques pour disparaître. La force vitale du bébé n'est pas très forte et ne se renforce que par l'effet immunisant d'une mère suffisamment bonne qui le protège des maladies organiques et psychiques, ce qui s'avère n'être pas le cas avec Mahmoud durant sa

première année, Mahmoud qui était un bébé difficile et boudeur, était souvent malade. Il était asthmatique et avait des problèmes aux yeux, le canal des larmes était bouché ce qui l'empêchait de pleurer pour exprimer ses besoins si ce n'est pas sa souffrance du rejet. En plus, il était insomniaque et énurétique. Il faisait pipi dans sa culotte jusqu'à l'âge de neuf ans. Le rejet de la mère n'a pas pu être compensé par la présence d'un père « suffisamment bon ». En fait, Mahmoud est né pendant que son père était en voyage, et ce dernier n'est rentré qu'après quatre ans. A l'époque, Mahmoud appelait le mari de sa tante « papa ». Quand il a rencontré son père pour la première fois, il a cru que c'était un oncle et l'a appelé ainsi, ce qui a rendu le père furieux, qui l'a frappé violemment pour lui prouver sa paternité. Et depuis, Mahmoud dit qu'il a « perdu le sentiment de sécurité » .

A l'âge de sept ans, Mahmoud a été abusé sexuellement par son cousin, un événement traumatisant qui a affecté son avenir sexuel. A l'âge de treize ans, il se droguait avec un homme de trente-trois ans avec qui il pratiquait le sexe en contrepartie de l'argent. Puis après, il commence à chercher les homosexuels pour coucher avec eux dans le but de les voler et parfois il les frappait.

A l'école, il n'était pas un élève brillant, il était plutôt timide. A l'âge de quatorze ans il quitte l'école, mais sans jamais avoir un travail fixe.

La famille déménageait régulièrement (sept fois) pour fuir les jeunes délinquants du quartier, mais toujours elle s'installait dans la banlieue sud de Beyrouth. Donc, des séparations continues avec le lieu d'habitat et tout ce qu'il peut signifier pour un enfant. En plus, Mahmoud vit plusieurs séparations avec des personnes proches : son père qui restait des années à l'étranger, le mari de la tante que Mahmoud aimait et croyait être son père, qui a disparu subitement de sa vie en décédant et que Mahmoud ne l'a su que des années plus tard, son frère et sa sœur qui ont immigré, et sa grand-mère dont la mort était douloureuse pour lui, parce qu'il l'aimait beaucoup et elle était la seule qui l'avait accepté et aimé malgré son addiction.

Mahmoud vit un intense sentiment de tristesse et d'anxiété, ainsi que d'autres émotions comme l'impuissance, l'infériorité, la faiblesse, la solitude et la culpabilité.

b- La rencontre avec la drogue

Après le voyage de son frère qui était son aîné de onze ans, il perd de nouveau le sentiment de sécurité, d'appartenance, et il devient solitaire. A douze ans, il fréquente les rues de la

banlieue sud de Beyrouth où se trouvaient des gangs et des drogués. Mahmoud commence à fumer le haschisch, à boire de l'alcool et à voler des motos, des téléphones portables et des sacs à main pour s'acheter la drogue. Peu de temps après, il passe à la consommation de pilules, puis à l'héroïne. Il se droguait avec des adultes qui l'envoyaient à la Beqaa pour leur apporter le produit. Les deux premières fois, il goûte à l'héroïne chez le trafiquant et la troisième fois, il ne pouvait plus s'arrêter. L'héroïne lui a tout fait oublier, il affirme. Il ne pensait qu'au moyen par lequel il pouvait obtenir de l'argent pour s'acheter la substance. Il dit être devenu un trafiquant, un promoteur, un abuseur et un voleur pour la drogue. Il a fait à plusieurs reprises des overdoses. Enfin, c'est lui qui a demandé de se faire traiter pour en finir avec la drogue. Avant son entrée à Oum el Nour, il a essayé plusieurs programmes de cure dans différents centres sans succès, et a fait de la prison plusieurs fois pour délit de vol et de consommation de drogue .

c- La dynamique familiale

D'après les entretiens menés avec Mahmoud et chacun de ses parents, la famille comme système semble dysfonctionnelle.

Le père était inexistant dans la vie de Mahmoud jusqu'à l'âge de quatre ans. Mahmoud était confus vis à vis de la fonction paternelle, en croyant, jusqu'à l'apparition du père, que le mari de sa tante était son père et personne ne lui parlait du vrai père jusqu'à son retour, où il l'a frappé sauvagement pour prouver sa paternité, et le mari de la tante qu'il appelait « papa » a disparu soudainement, il ne l'a su qu'après des années qu'il était mort d'une crise cardiaque.

Mahmoud décrit son père comme autoritaire, agressif et intolérant. Leur relation est conflictuelle, et il n'existe aucun dialogue entre eux. Il exerce la violence sur sa femme et ses enfants.

Quant à la mère, qui a essayé de l'avorter parce qu'elle ne voulait plus d'enfant, Mahmoud la décrit comme affectueuse, dépressive et victime du père.

La mère, de son côté, déclare que Mahmoud n'a pas pu avoir de relation normale avec son père pour pouvoir le respecter et l'aimer, et qu'elle et son mari étaient occupés par leur travail et n'avaient pas accordé suffisamment de temps à leurs enfants et leurs problèmes.

Quant au père, il dit que Mahmoud était un élève paresseux, c'est pourquoi il le battait pour l'encourager à bien étudier, comme d'ailleurs son propre père le traitait.

L'analyse du protocole de FAT de Mahmoud montre, au niveau de la dynamique familiale un niveau élevé de dysfonctionnement qui se manifeste par l'existence de conflits non résolus à l'intérieur de la famille, la difficulté de cette famille à fonctionner efficacement avec le monde extérieur. Le récit montre aussi un fonctionnement parental immature, un niveau élevé de conflit conjugal, et les deux parents sont perçus comme générateurs de stress, n'ayant pas de stratégie fonctionnelle qui protège les enfants et ne maîtrisant pas leurs propres réactions.

De plus, le protocole contient des réponses faisant allusion à la maltraitance physique et morale liée à un sentiment d'impuissance. On trouve aussi un sentiment d'injustice envers la mère vue comme victime. Le protocole montre également un intense sentiment de tristesse, d'anxiété, d'impuissance, d'infériorité, de solitude, de jalousie et de culpabilité auquel s'ajoute le sentiment d'étouffement à l'égard des parents qui, par leur immaturité, l'enferment dans un conflit intérieur intolérable.

D'après le protocole de TAT, la triangulation n'est pas clairement évoquée. Dans plusieurs planches la relation hétérosexuelle est abordée à un niveau pervers.

L'image maternelle se voit surmoïque et chargée d'un fort investissement libidinal. Les désirs libidinaux sont incestueux et le conflit œdipien envers la mère est toujours présent.

On trouve une certaine agressivité à l'égard de l'image maternelle et une problématique abandonnique notamment une peur de perdre la mère.

De son côté, l'image paternelle se trouve absente. L'angoisse de castration et l'agressivité envers le père sont claires et la relation paternelle est abordée dans un versant incestueux.

La relation avec les parents est teintée le plus souvent de culpabilité avec des représentations négatives d'un soi perçu comme inférieur. Cette relation est vécue selon des modalités anaclitiques dominées par l'angoisse de perdre l'objet, ce qui explique l'humeur dépressive tout au long du protocole du TAT.

d- Les comportements addictifs et les maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le père de Mahmoud, son grand-père et ses oncles paternels étaient joueurs de cartes pathologiques. De plus, le père parie à la course aux chevaux et il est coureur de jupons. Mahmoud a trois cousins qui sont héroïnomanes et sont actuellement en prison. Il décrit un de ses oncles maternels comme prenant beaucoup de risques dans sa vie jusqu'à sa mort dans un accident de voiture. La mère souffre de dépression chronique et est sous antidépresseur et le

grand-père maternel souffrait de maladie rénale, il est décédé tôt après des années de dialyse péritonéale.

e- La relation au corps et à la mort

A ses quinze ans, les parents ont remarqué son addiction parce qu'il a beaucoup maigri, et il pratiquait l'automutilation d'une façon excessive. Il se coupait les mains régulièrement et parfois on le transportait à l'hôpital quand il se blessait profondément. L'automutilation expose avec violence chez Mahmoud des forces opposées de vie et de mort, de souffrance et de sauvetage, de dépendance et d'éloignement, de solitude et de lien. Cette marque destructrice et auto-agressante permet à Mahmoud de contrôler ses émotions, ses angoisses et ses colères. C'est une forme d'expression de son mal-être, son anxiété, sa dépression et le manque de capacité à contrôler son impulsivité. Peut-être aussi l'automutilation présente pour Mahmoud un moyen de punir son corps qui jouissait en subissant l'abus sexuel de son cousin à sept ans. Et pour aller encore plus loin, l'on se demande si l'automutilation de Mahmoud n'était pas le moyen de se réapproprier un corps qui a commencé à crier dès le début de sa vie pour exprimer la souffrance du rejet et du refus de sa mère qui ne voulait pas de lui : l'asthme qui l'étouffait et le plaçait dans un face à face avec la mort ; le canal des larmes bouché qui lui interdisait même de verser ses larmes pour exprimer son refus du rejet maternel et de l'indifférence paternelle ; l'insomnie qui pouvait servir de moyen pour s'assurer qu'il est toujours là, vivant, et que sa mère ne l'a pas avorté comme c'était son désir ; l'énurésie jusqu'à neuf ans qui criait au secours remplaçant les larmes des yeux .

La mort était toujours présente dans les conduites addictives de Mahmoud : se couper la peau jusqu'au saignement mortel et s'adonner à des overdoses répétitives étaient les manifestations les plus significatives.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

L'histoire de la famille de Mahmoud est encombrée de violence, de comportements addictifs. S'ajoutent aussi les morts précoces dans la famille qui ont hanté la vie de ses parents et ont été transmis d'une génération à l'autre.

Dans son génogramme, le père de Mahmoud parle de son père violent qui battait sa femme et ses enfants à tort et à travers, son absence fréquente, son addiction au jeu de cartes pathologique .

A onze ans il a perdu son père et peu après sa mère, tous les deux encore jeunes. De son frère aîné il dit qu'il était furieux, il battait sa mère et jouait au poker comme son père. Deux autres frères et lui-même étaient eux aussi joueurs pathologiques. Les petits-fils de son frère, qui a perdu un fils jeune pendant la guerre libanaise, ont tué leur grand-mère dans des circonstances mystérieuses. Sa sœur s'est mariée avec un homme alcoolique et a enduré dans sa vie avec lui. De plus, la guerre libanaise a accompagné son enfance et sa jeunesse. Il a participé à cette guerre comme combattant dès son treizième anniversaire et jusqu'à son voyage à l'étranger. Il a été blessé pendant les batailles, ce qui l'a obligé de changer de métier.

La mère de Mahmoud, qui avait neuf frères et sœurs, raconte avoir perdu sa sœur âgée de dix ans à cause d'une maladie, puis son frère âgé de dix-neuf ans dans un accident de moto, celui-ci est resté à l'hôpital entre la vie et la mort pendant neuf mois puis il décéda. Un autre frère est mort jeune aussi dans un accident de voiture. Quant à son père, lui aussi est mort à cause d'une maladie des reins. En plus de la violence de la mort précoce dans la famille, la mère de Mahmoud a subi la violence de sa mère qui la maltraitait, ensuite la violence, l'indifférence et la trahison de son mari, sans toutefois oublier la guerre féroce qu'elle a vécue dès son enfance. Plusieurs de ses sœurs ont épousé des hommes qui les maltrahaient.

Synthèse

Mahmoud, refusé de sa mère dès sa conception, baigne dans des pulsions de mort et de séries d'avortements ultérieurs. Malade et boudeur dans son enfance, il exprimait sa culpabilité d'être né contre le désir de sa mère. Une image floue d'un père absent de son enfance même dans le discours de la mère. La première rencontre avec le père à quatre ans était marquée de violence et d'insécurité. L'abus sexuel à sept ans a marqué ce corps mince et fragile (il l'est toujours), qui a trouvé dans l'automutilation et dans la toxicomanie un moyen de se punir ou de se purifier.

Le dysfonctionnement au niveau des relations intrafamiliales témoigne d'une immaturité, un renfermement, une rigidité et une agressivité castratrice. Les mandats des liens transgénérationnels, d'implication de transmission inconsciente de violence, de séparations, de morts subites et précoces, de meurtres et de deuils inachevés dans les générations antérieures qu'il s'agisse de la famille paternelle ou maternelle. Se réfugier dans l'addiction n'était qu'une conséquence normale et un moyen de crier au secours à la vie ou à la mort.

3- Roland : Le voyage vers un monde où on a le droit de rêver

a- Anamnèse

Roland est né en 1993, il est le fils unique de ses parents. D'une famille aisée, son père est chrétien maronite et sa mère est musulmane chiite. Roland est en 2ème année universitaire, et ne travaille pas. Il a vécu la plupart de sa vie dans un pays d'Afrique où travaille son père et où résident les parents de sa mère.

Roland commence la consommation de drogues à l'âge de treize ans. Les substances qu'il a consommées sont l'alcool, le haschisch, l'ecstasy, la cocaïne, la LSD et l'héroïne. C'est sa première réhabilitation. Il réside à Oum et Nour depuis huit mois et n'a aucune poursuite judiciaire .

Concernant sa naissance, l'accouchement de Roland fut difficile, sa mère a eu une hémorragie. Le jour de sa naissance, les parents se disputent, le père accuse la mère de trahison pensant que Roland n'était pas son fils, parce que son groupe sanguin était différent du sien .

Enfant, il était un bébé fragile qui attrapait facilement la grippe et souffrait d'allergies cutanée et pulmonaire. À l'âge d'un an, la nourrice lui a causé une fracture de la jambe, ce qui l'a obligé à rester pendant des mois prisonniers du plâtre.

Au début de la scolarisation, il endurait, préférant rester à la maison pour ne pas se séparer de sa mère. De plus, il était lent en écriture. Le temps passant, il ne supportait plus l'école.

Son adolescence était difficile, il faisait l'école buissonnière dans les classes secondaires. Les disputes et les cris permanents du père contre lui et sa mère, ainsi que le décès de son grand-père paternel, dû au cancer de la gorge qui lui a fait perdre la voix et l'a laissé dans le silence pendant deux années, quand Roland avait trois ans, l'ont vulnérabilisé.

A l'âge de cinq ans, une des amies intimes de sa mère est décédée dans un accident de voiture avec sa famille y compris sa fille qui avait le même âge que Roland et qui était son amie. Le sentiment d'être seul, délaissé et sans soutien affectif régnait durant son adolescence et le poussait de plus en plus à plonger dans l'addiction.

Le divorce de ses parents est venu menacer sa sécurité intérieure, surtout qu'il a eu lieu en même temps que la séparation d'avec son environnement familial en Afrique à cause d'une guerre civile qui s'est déclenchée dans son pays de résidence, le changement d'école et la rentrée au Liban. Et les guerres le poursuivaient de l'Afrique au Liban.

Sa fréquentation d'amis qui prenaient de la drogue, le manque de confiance en lui-même et sa peur de son père ainsi que le divorce de ses parents, étaient des facteurs contribuant à son addiction, selon ses dires.

b- La rencontre avec la drogue

Roland exprime que la drogue était un moyen pour confronter sa peur et sa faible estime de soi, ainsi que pour appartenir à un groupe de jeunes, lui qui était en errance entre l'Afrique et le Liban, sans réussir à se faire des amitiés stables .

Il commence à boire, à l'âge de treize ans et il atteint graduellement la consommation de l'héroïne. C'est au Liban qu'il acquiert l'habitude de prendre un mélange de produits d'addiction dont le dernier était l'héroïne. Ce qu'il aimait le plus, c'était de consommer de l'héroïne avec de la LSD, un « full trip », un voyage complet, vers un autre monde où l'on a le droit de rêver.

Toutefois, avec le temps, l'héroïne devenait un remède qu'il devait prendre pour pouvoir se lever. Il se trouve finalement dans un cercle vicieux, vivant un rêve puis se réveillant pour voir que tout n'est que « dégoûtant dans le réel », dit-il.

Le père commence à faire de la pression, il l'emmène chez des psychiatres et des psychothérapeutes et lui fait des cures de désintoxication à plusieurs reprises mais sans aucun aboutissement, jusqu'à arriver à « Oum el Nour ».

c -La dynamique familiale

La communication dans la famille est décrite par Roland comme allant de se faire crier dessus à rester silencieux. '*Mon silence, c'est ma force*' révèle Roland. Il se retire pour se préserver comme sujet. Il est dans son monde et il observe à distance les disputes inachevées de ses parents.

Sa mère est dépressive, détachée et effacée. Elle l'aimait et s'occupait de lui mais ce qui manquait, c'était une vraie communication affective. Elle est hyper-protectrice et omniprésente mais le silence est lourd entre eux. Roland dormait près d'elle jusqu'à l'âge de douze ans.

D'après le TAT, l'hyper-instabilité de Roland ne permet pas une intériorisation solide du surmoi maternel, ce qui nécessite le recours à des défenses afin de rétablir le moi fragile en quête d'identifications sur lesquels il peut s'appuyer. La demande d'étayage est patente, mais on peut se demander si c'est une façon de régresser vers une position d'enfant immature

attendant le secours de l'adulte pour éviter ainsi de se situer dans une position où le « Je » serait assumé, ce qui signifierait autonomie mais aussi opposition, conflit potentiel et accès à la culpabilité. De plus, faute d'avoir introjecté l'objet absent, Roland a besoin de l'objet réel externe afin de colmater le vide interne. Il vit une instabilité émotionnelle et il souffre d'une instabilité identificatoire aussi.

Quant à la relation au père nerveux et absent, Roland avait une grande peur de lui, en sa présence il était toujours silencieux. Le père est trop attaché à sa propre mère jusqu'à aujourd'hui. Il est décrit par Roland comme étant violent et autoritaire, mais en même temps il le cajolait et lui achetait tout ce qu'il voulait. Il est émotif, impulsif et coléreux.

Le discours du père montre que sa famille d'origine est plus importante pour lui que son fils, envers qui il a une attitude qui paraît contradictoire, oscillant entre le détachement et l'affection.

D'après le TAT, la relation père/fils est évoquée comme représentation qui suscite une lutte à tous les niveaux pour nier l'agressivité. Des négations viennent renforcer l'inhibition qui s'avère insuffisante. Le rôle du père est confondu avec d'autres substituts (son père, son patron, ou son superviseur : une confusion au niveau de l'image paternelle). La relation père-fils est alors manquante de stabilité et de consistance. Roland dit qu'il n'aime pas l'autorité et il trouve de la difficulté à obéir. A l'école, il fumait le haschisch en classe pour défier l'autorité.

D'après le FAT, l'index général de dysfonctionnement familial est élevé avec l'existence d'un conflit non résolu à l'intérieur de la famille. Il montre aussi que la famille de Roland ne le prépare pas à faire face à ses propres conflits. On remarque également une non adhésion aux limites imposées par les parents, ce qui justifie l'existence d'un niveau élevé de désengagement. Le récit témoigne également de sentiments de tristesse, de dépression, de colère et d'hostilité.

L'abus de substance chez Roland semble être utilisé comme défense contre l'anxiété qui pourrait avoir comme fond la difficulté d'individuation au sein d'un système familial clos et perturbé. L'équilibre familial ébranlé se réfléchit négativement sur le psychisme de Roland et renvoie à un haut sentiment d'anxiété.

d- Les comportements addictifs et les maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Roland attrapait facilement la grippe et il souffrait d'allergies cutanée et pulmonaire. En plus de son addiction, il aime conduire sa voiture à grande vitesse et adore le risque.

Le père de Roland est dépendant de boissons gazeuses, puisqu'il en boit tous les jours six bouteilles, de plus il est boulimique et se fait vomir constamment, il a souffert du "Hodgkin disease" et du "Sarcoïdose disease" quand il était encore jeune. De plus, il a fait une crise cardiaque, et il est diabétique depuis l'âge de trente ans et sous traitement d'insuline. Il a encore un problème d'audition et il a fait une dépression quand Roland avait quatre ans, puis une seconde dernièrement. Il voit régulièrement un psychiatre et il prend beaucoup de médicaments y compris des calmants et un antidépresseur .

D'un autre côté, la mère de Roland est obèse et se défoule dans la nourriture .

Le grand- père paternel est décédé d'un cancer de la gorge. La grand-mère paternelle a perdu sa vue et souffre d'Alzheimer. Les cousins du père étaient dépendants à la drogue et l'un d'eux est mort d'une overdose. Le grand-père maternel était joueur pathologique pour quelque temps. Après quoi il est devenu adepte d'une secte chiite. Toujours vêtu de blanc, il suit des rituels stricts dans sa vie de tous les jours et donne beaucoup de son temps à lire et à écrire des sujets concernant la religion. Pour que sa fille et son petit-fils le voient, il faut qu'ils prennent un rendez-vous. De son côté, l'oncle maternel fume la Marijuana depuis des années. Une des cousines de la mère est alcoolique.

e- La relation au corps et à la mort

Quand il subissait la violence de son père, Roland se cognait la tête et le poignet contre le mur pour exprimer sa colère contre son père puisqu'il était incapable de lui parler ou le confronter. Il ne pouvait pas mettre des mots et du sens à sa souffrance et à sa frustration. Il se fait mal physiquement pour atténuer la souffrance psychique. La douleur physique remplace psychiquement la douleur de l'incompréhensible. D'où l'incapacité à prendre du recul face à ses émotions négatives et à s'exprimer par le langage dans un deuxième temps.

Avec la mort, Roland jouait à la roulette russe, en consommant un mélange de LSD et d'héroïne, avec le risque continu de faire une overdose, et en conduisant sa voiture à une vitesse très grande.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Le père de Roland a vécu la guerre libanaise, il était combattant avec les milices chrétiennes. Il a participé aux batailles et a tué les combattants de l'autre camp. De même, il a été menacé de mort plusieurs fois. En 1986, ses parents l'obligent à quitter pour l'Afrique afin d'avoir la vie sauve. Il dit qu'il a gardé ses idées politiques en Afrique, et qu'il était contre les noirs qu'il déteste. Les pulsions de mort et les actes de violence qu'il a commis ne sont que des traumatismes qui se transposent d'une génération à une autre. Le père de Roland souffre des résidus de cette guerre. Il ne sait gérer ses émotions, ni communiquer avec son fils qu'à travers la violence et l'agressivité .

La mère de Roland, de père musulman chiite émigré en Afrique et de mère française catholique qui a quitté son pays pour rejoindre son mari, a souffert dans son enfance à cause de la séparation et le sentiment d'abandon de ses parents qui l'ont placée pendant des longues années loin d'eux dans des écoles pensionnaires en Europe puis au Liban. De plus, son père et son mari tous les deux étaient autoritaires. Ils l'ont rendue malheureuse et dépressive. Durant la guerre libanaise, elle est restée quelque temps dans le danger afin de terminer son année scolaire au pensionnat, puis elle est rentrée chez ses parents en Afrique où il y avait aussi des guerres civiles. Donc, elle a vécu des séparations profondes, des déplacements forcés, et à plusieurs reprises les traumas des guerres, en plus des abus psychologiques de la part de son père et son mari.

Le grand-père paternel était un homme dur et violent, mais il est devenu plus affectueux avec le temps. Il a souffert avant sa mort d'un cancer de la gorge qui l'a fait perdre sa voix pendant deux ans. Roland était proche de lui pendant ses deux dernières années et a accompagné son vécu silencieux. On a l'impression que Roland s'identifie au mutisme de ce grand-père, en « perdant sa voix » et en se repliant sur lui-même dans le silence et le retrait.

Roland est déchiré entre deux appartenances religieuses, d'un côté, l'appartenance de son père à une milice chrétienne extrémiste, de plus de son racisme, et d'autre part l'appartenance de son grand-père maternel à une secte chiite pas moins extrémiste et l'adhérence de sa mère à cette même secte, ce qui suscite une rigidité de la pensée qui ne fait qu'augmenter les tensions des conflits psychiques, la frustration et le repli sur soi.

Synthèse

Le vécu de Roland montre une fragilité menacée continuellement de conflits divers.

La mère, dépressive et effacée, refuse l'autonomie de son fils et empêche une individualisation-séparation adéquate. Le père qui remet en question, dès le premier jour de la naissance de Roland, sa paternité, ne sait pas gérer ses émotions et ne communique qu'à travers la violence et l'agressivité. Le divorce précoce des parents vient menacer la sécurité intérieure de Roland. Le déchirement entre deux religions et deux pays le met devant une impossibilité d'aboutir à une appartenance sécurisante. Les guerres et la mort le persécutent en Afrique et au Liban.

S'ajoute à son vécu personnel, le poids des transmissions transgénérationnelles marqué par la violence, le meurtre, le fanatisme religieux, les séparations et les déracinements, d'une génération à l'autre. Tout cela n'a pu avoir d'issue chez Roland, enfant fragilisé, que de faire mélanger, dans un acte symbolique, l'héroïne au LSD (peut-être la mère au père, l'Afrique au Liban et l'Islam au Christianisme) pour faire « un voyage complet vers un autre monde où on a le droit de rêver ».

4- Mounir : La nostalgie de la Palestine et le poids de l'exil

a- Anamnèse

Mounir est placé depuis sept mois en institution à Oum el Nour. C'est sa première prise en charge. Il est né en 1992 et a vécu à Beyrouth. Il est célibataire et le cadet d'une fratrie de trois (deux sœurs). Il est musulman-sunnite et d'un niveau socio-économique au-dessous de la moyenne. Ses parents sont d'origine palestinienne, ses grands-parents ont quitté la Palestine et se sont réfugiés au Liban en 1947. À douze ans, il a quitté l'école, après une chute des investissements scolaires, pour travailler.

Son addiction débute à l'âge de quatorze ans. Il a consommé de l'alcool, du haschisch, du tramal, de la LSD et termine par l'héroïne. Son addiction a duré huit ans et il s'est fait arrêter plusieurs fois pour consommation de drogues .

Le couple parental, selon lui, est en bons termes. Le père est de tempérament calme mais la mère est plutôt nerveuse, elle était dure et distante avec Mounir pendant son enfance. Bien que le père ait une bonne relation avec ses deux filles, ce n'est pas le cas avec son fils, ce qui fait qu'ils deviennent très distants à l'adolescence. Mounir considère son père faible et incapable de le protéger. La consommation de la drogue lui donne le sentiment d'être fort et courageux .

Il a le complexe d'être palestinien, et dit 'à quoi bon étudier puisque finalement, nous sommes *palestiniens et nous n'allons pas trouver de boulot respectable*'.

Il faut préciser que la population palestinienne au Liban est particulièrement marginalisée. Ils vivent dans des camps et n'ont en principe pas le droit d'avoir un contrat de travail ni d'acheter une propriété au Liban.

La mère vivait en période de guerre durant sa grossesse. Au 7ème mois de grossesse, elle perd sa cousine suite à un accident de voiture. Ce décès l'a beaucoup affectée, elle a eu beaucoup de peine à accoucher et l'infirmière l'a giflée en lui disant qu'elle allait tuer son bébé parce qu'elle bougeait trop .

A sa naissance, la mère ressentait de l'angoisse et de la culpabilité face au fait que son enfant allait vivre au Liban où il n'a pas de chance d'avoir la nationalité ni de trouver un bon boulot. Pour le père sa naissance était un porte bonheur. C'est pour cela qu'il lui a donné le nom de Mounir « Eblouissant ».

Quand il était bébé, Mounir pleurait beaucoup. A l'âge de six ans sa grand-mère paternelle qui était la seule à lui donner de l'affection et à le gâter est décédée. Néanmoins, durant son enfance, la mère raconte qu'elle le frappait à la tête, et son père et elle, l'attachaient à une chaise et lui mettaient du piment dans la bouche lorsqu'il était paresseux à l'école. A sept ans il voit un psychologue car il était hyperactif.

L'oncle de Mounir ayant le même prénom que lui et qui était l'image de l'homme fort pour lui, devient paralysé pendant trois ans suite à un accident de moto, puis il meurt. Cela a eu un grand impact sur sa vie. Rappelons que le prénom et sa répétition à travers les générations, s'inscrit dans l'histoire familiale et peut servir au règlement d'une dette généalogique, affirme Durif-Varembont (2001). Il y a un mythe de la prédestination par le prénom, comme si le fait de porter le même prénom qu'une personne idéalisée, exige de suivre le chemin de l'exemple tout tracé. Etait-ce une des raisons de l'addiction de Mounir et de sa passion pour les motos et la vitesse, le fait de suivre le même chemin de l'oncle idéalisé « Mounir » pour arriver à la même fin ?

Sur la mort de l'oncle dans un accident de moto, vient s'étayer à l'âge de dix-neuf ans la mort, dans un accident de moto aussi, de son ami intime qu'il décrit comme un frère, « il me ressemblait physiquement et psychologiquement ». Mounir n'a pas pu surmonter sa mort subite, et avoue que depuis son décès, il a commencé à se droguer tous les jours, et à s'automutiler gravement.

L'on se demande ici si cet ami avait occupé le statut du double dans la vie de Mounir ? Un médiateur ou passeur entre mondes différents, entre vie et mort, entre dedans et dehors, entre soi et l'autre ? Et de ce fait, est ce que sa mort n'avait d'autre issue que de s'adonner à la mort en s'engageant dans des conduites autodestructives diverses ?

b- La rencontre avec la drogue

L'addiction en tant que telle et la fréquentation de gens qui défiaient toute autorité lui a procuré un sentiment de toute puissance, de dominance et de force. Il a pu se faire beaucoup d'amis avant qu'il ne se retire et se renferme sur lui-même. Le décès de son meilleur ami a constitué un autre motif à son addiction. Il se disait qu'il ne voulait plus être une bonne personne respectueuse. Son caractère timide et sa difficulté à s'exprimer étaient aussi des facteurs de recours à la drogue pour camoufler tout cela.

c- La dynamique familiale

Les parents étaient durs avec lui. Cependant la relation conjugale est présentée comme une histoire d'amour. Il n'existe pas de problèmes majeurs entre les parents. Mais Mounir était jaloux de cette relation. La mère a pris le rôle de l'autorité avec les enfants, et elle accusait le père de négliger Mounir. Cependant, le père reproche à la mère d'être trop impliquée et la blâme de n'avoir pas reflété une bonne image de lui devant Mounir. La réussite scolaire de ses sœurs l'a mis dans une situation difficile, lui qui n'avait pas pu réussir à l'école. Mais, pourquoi bon étudiant si, en fin de compte, un jeune homme d'origine palestinienne ne va jamais avoir de travail respectueux au Liban. Quant aux filles, les choses sont différentes, puisqu'elles peuvent se marier avec des hommes libanais et avoir l'identité libanaise.

A la maison, la communication avec Mounir était toujours détachée et lointaine. Les filles accusent leur mère d'être un peu trop affectueuse avec le garçon et de le distinguer d'elles. En revanche, le père est en très bonne relation avec les filles mais ne s'est jamais rapproché de Mounir à cause de son mauvais comportement. Sa mère était nerveuse et le battait, elle le comparait à ses sœurs et ses camarades .

D'après le TAT, il s'est avéré que l'image maternelle est une image surmoïque et omnipotente. Mounir se situe à un niveau œdipien où la triangulation est reconnue. De même la castration est reconnue mais elle reste non résolue. Les désirs incestueux envers la mère sont toujours présents. La relation à la mère est une relation presque fusionnelle mais conflictuelle en même temps.

Quant à sa relation avec le père, ce dernier était un homme inconnu, absent pour son fils, et à qui il n'a pas pu s'identifier. Il le frappait et ne l'avait jamais défendu quand les autres garçons le tapaient. Mounir vit une rivalité avec lui et dit que ce père « voulait rester le seul homme à la maison et prendre les décisions à ma place ». D'après le TAT, l'image paternelle est une image presque absente et manquée. Les désirs agressifs à l'égard du père sont toujours présents. Une agressivité archaïque est manifeste mais en même temps reste contenue.

Concernant le système familial, il dit qu'il n'a jamais eu de bonne communication avec les membres de sa famille. Il était solitaire et n'a pas trouvé son rôle dans la dynamique familiale. Dans son génogramme, où il n'a tracé que sa propre famille (père, mère et sœurs), il n'a pas mentionné son nom qu'après notre question : « et vous, est-ce que vous vous voyez partie de votre famille ? », où il reprend le crayon et met son nom au milieu, comme s'il réalise qu'il a pu, par son addiction, se placer comme séparateur entre ses parents et ses sœurs, bien qu'il ressente toujours un sentiment d'infériorité face à elles.

D'après le test de FAT, le mode relationnel dans la famille de Mounir s'avère dysfonctionnel : il existe un conflit non résolu à l'intérieur de la famille. Le conflit est à la fois familial et extra-familial. Il existe aussi un fonctionnement parental immature. Cela est appuyé par l'existence d'une implication émotionnelle des membres de cette famille en termes de fusion. L'anxiété des parents est transmise à leurs enfants, d'où le fonctionnement de fermeture avec le monde extérieur.

d- Les comportements addictifs et les maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Son père est un ex-alcoolique, il a arrêté quand Mounir avait six ans. Son oncle est aussi un ex-alcoolique et un coureur de jupons. Un cousin à lui est un grand toxicomane qui a assassiné son beau-père. Le grand-père paternel buvait beaucoup lui aussi.

Concernant les maladies psychosomatiques dans la famille, un des oncles maternels a eu le cancer. La grand-mère maternelle était aussi cancéreuse, alors que la grand-mère paternelle était obèse et la tante paternelle est aussi obèse ainsi que Mounir et sa sœur aînée. Le grand-père paternel était asthmatique.

e- La relation au corps et à la mort

Mounir, comme déjà mentionné, est obèse depuis son enfance. L'obésité, une autre pathologie de la dépendance, est une expression du corps, sans mot dire, qui cherche à éponger l'angoisse qui est derrière.

De plus, Mounir qui a commencé tôt à boire de l'alcool et à se droguer, sombre dans sa toxicomanie surtout à l'héroïne après la perte de son ami intime. Le décès de ce dernier le conduit à une violence envers les autres et contre lui-même. Il commence à s'automutiler et à conduire la voiture à une vitesse excessive, se mettant dans des conditions de grand risque de mort. De même, il met souvent le couteau sur sa nuque et menace ses parents de se couper le cou. Mounir semble être à la recherche d'un certain plaisir dans l'évitement de sa difficulté de vivre, mais ce qui est au rendez-vous n'est que la tyrannie mortelle de la jouissance, l'exigence de la paix du corps dans l'abolition du désir.

Le corps de Mounir prend alors une fonction essentielle, en tant que lieu et possibilité de souffrance. Le plaisir est devenu un besoin. La dépendance, sous ses diverses formes, va engendrer une prévalence de l'éprouvé de souffrance auquel Mounir s'accroche de façon compulsive. La souffrance constitue ainsi une preuve de son existence.

Mounir a survécu à plusieurs overdoses et à trois tentatives de suicide. Un jeu délibéré avec la mort, une forme de mise en jeu de soi qui impliquerait la possibilité non négligeable de perdre la vie.

Il semble que Mounir n'a pas pu constituer cette zone vitale profonde qui établit la protection instinctive de soi-même. Protection relevant initialement des figures d'attachement primaires. Pour de multiples raisons, cette réponse primaire à ses besoins n'a pas pu se mettre en place : incapacité parentale, incohérence du milieu, ses exigences et ses difficultés propres. L'accordage précoce n'a pas eu lieu, laissant une béance, une fragilité que les circonstances de la vie n'ont pas permis de combler.

La présence de la mort semble être trop pesante dans la vie de Mounir : La mort subite et tragique des oncles, de la cousine et du meilleur ami, qu'elle soit par accident ou par assassinat.

S'ajoute à cela, une culpabilité profonde, qui l'accompagne depuis des années, d'avoir tué avec un ami à lui un homme pour des raisons politiques en lui infligeant des coups de couteau jusqu'à sa mort. Ce meurtre était resté secret toutes ces années, un fantôme resté présent pour troubler son monde intérieur. Un mort qui se rebelle contre la volonté d'oubli venant pour cela

hanter sa vie. Mounir nous dit avec des mimiques de remords et de souffrance, que c'est la première fois qu'il parle de ce meurtre, donnant l'impression qu'il était dans un acte de confession libératrice et purificatrice.

Tous ces événements émouvants, en rapport étroit avec la mort, de par leur caractère brutal et traumatique, semblent ne pas être élaborés, comme si la seule façon de vivre pour Mounir était d'avoisiner la mort.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Dans son génogramme, resté anonyme, il ne donne place qu'à sa propre famille (père, mère et sœurs) en disant qu'il ne peut se voir comme faisant partie de sa grande famille, de ses origines, ce qui témoigne de la difficulté qu'il éprouve à s'identifier à son histoire familiale transgénérationnelle, vu les facteurs traumatisants qui ont marqué sa généalogie, comme si l'histoire familiale n'a pas été élaborée de manière suffisante, elle demeure écrite dans le corps, impossible à se transmettre.

Le père de Mounir est né dans une famille palestinienne qui a été obligée de quitter la Palestine en 1947 pour le Liban. Il n'a que des souvenirs de misère, de meurtres et de ruines. Le grand-père a refusé la nationalité libanaise (quand la possibilité s'est présentée en 1958), pensant qu'il va revenir un jour dans son pays. La grand-mère, dure et obsessionnelle, est née aussi en Palestine et a vécu le drame de la séparation du pays natal pour venir avec sa famille au Liban où ils se sont déplacés d'une région à une autre.

L'une des tantes paternelles a perdu sa fille unique à l'âge de seize ans dans un accident de voiture où le père conduisait.

La famille maternelle a également enduré pour arriver au Liban de la Palestine et les membres de la famille ont souffert dans leur séjour comme réfugiés. Ils ont vécu la guerre libanaise et étaient engagés dans cette guerre. La grand-mère maternelle est décédée tôt, ce qui a obligé la mère de Mounir à prendre le rôle de la mère avec ses frères et sœurs.

L'oncle de la mère a participé à la guerre libanaise avec le mouvement palestinien « Fateh ». En 1982, il a quitté le Liban avec le leader palestinien « Abou Ammar » pour la Tunisie où il a disparu dans des circonstances étranges .

L'oncle paternel du père de Mounir a été tué pendant la guerre libanaise, il était encore jeune. Les détails sur sa mort sont restés secrets.

Le père de Mounir était un des rescapés du « massacre de Sabra et Chatila » en 1982, où les milices chrétiennes avec l'armée israélienne ont tué en une nuit des centaines de palestiniens en réaction au meurtre du jeune président chrétien de la république « Bachir Gemayel ».

Le père a dû marcher sur les cadavres pour s'enfuir. Sa famille est passée par les mêmes circonstances en Palestine, ils ont marché eux aussi sur les cadavres en quittant pour l'exil. « *Pour ma famille et pour beaucoup d'autres réfugiés palestiniens* », énonce le père, « *la guerre ne s'est encore pas terminée* ».

Ainsi, Mounir subit les séquelles d'un éventail de problématiques transgénérationnelles, le trauma de séparation lié au mouvement d'expatriation des grands-parents qui refusent d'accepter de faire le deuil de leur patrimoine, et des parents qui ont dû s'adapter au bouleversement psychique et physique de ce phénomène, vu que les réfugiés palestiniens vivent dans un environnement hostile et les enfants grandissent dans ce cadre témoin des massacres passés, emmêlés. Les générations suivantes sont mandatées pour réparer les failles de leurs aînés. En effet, à la troisième génération, à qui Mounir appartient, les problématiques infantiles et adolescentes semblent enrobées d'un discours triste et perturbé.

Les pulsions de mort sont présentes dans sa famille, résultantes du trauma de la guerre, du massacre de « Sabra et Chatilla », de l'exportation de la Palestine. Il s'ajoute à tout cela, les différents décès dramatiques dans la famille : l'oncle paternel du père de Mounir tué pendant la guerre et dont on n'a pas les détails sur sa mort, la disparition de l'oncle de la mère après avoir quitté le Liban pour la Tunisie en 1982. Plus encore, la mort traumatique de la cousine à l'âge de seize ans dans un accident de voiture, de même la mort de l'oncle qui portait le même prénom dans un accident de moto alors qu'il était encore jeune, et qui était l'homme idéal de Mounir.

De même, une transgression de la loi est perçue dans la famille : Les oncles qui ont été engagés dans la guerre libanaise et qui ont tué les adversaires, le cousin qui a assassiné son beau-père.

Toute cette histoire encombrée de morts et de meurtres, pourrait expliquer cette impulsivité qui a poussé Mounir à commettre le meurtre d'un homme pour la simple raison qu'il est différent, un acte de répétition qui incorpore tous ces meurtres restés inexplicables dans sa famille d'une génération à une autre.

Synthèse

L'histoire de Mounir expose avec violence des forces opposées de vie et de mort, de souffrance et de sauvetage, de dépendance et d'éloignement, de solitude et de lien. Ces paradoxes fondamentaux permettent de dégager sens et fonctions potentiels à ses comportements dangereux, et tout à la fois temporairement liés à sa survie.

Suite au constat du nombre élevé de décès dans sa famille, les processus du « revenant » suscités par l'absence d'élaboration de ces décès sont relevés.

Étant l'incarnation du décédé, Mounir comporterait-il un rôle de sauveur en donnant la possibilité à sa famille de s'impliquer dans une dynamique familiale autre ?

Et la Palestine, le pays de l'enfance et de la jeunesse des grands-parents, le territoire des fantasmes des parents. Qui l'a perdu, reste un être perdu. Deuil impossible pour tous, ils vivaient en Palestine et ils survivaient au Liban, un pays provisoire en attendant le retour qui a trop tardé. Mounir, comme tout enfant né au Liban de parents palestiniens, grandit dans une ambiance paradoxale : Les adultes regrettaient avec beaucoup de nostalgie le pays qu'ils avaient dû quitter, laissant la troisième génération déçue de ne pas y vivre. D'autre part, ils répétaient comme une mélodie des récits horrifiants, évoquant les meurtres, la persécution, l'exode, plongeant l'enfant dans l'angoisse.

L'histoire de Mounir exprime clairement les mandats des liens transgénérationnels, l'implication de la transmission inconsciente de « fantômes » et de « non-morts de la préhistoire familiale ».

5- André : Le génocide arménien, une blessure toujours ouverte

a-Anamnèse

André est né en 1987. C'est sa première prise en charge à Oum el Nour, qui a commencé depuis onze mois. Il est célibataire et l'aîné dans une fratrie de deux garçons. C'est un chrétien-arménien, de niveau socio-économique moyen. Son père est d'origine arménienne et sa mère est libanaise. Ils habitent Beyrouth dans une région chrétienne. Il détient le baccalauréat et il est sans profession fixe, alors que son père et sa mère possèdent un diplôme universitaire et travaillent tous les deux dans l'éducation .

André commence son addiction à l'âge de quatorze ans. Il consomme le haschisch, la cocaïne, le Tramal, le Rivotril, la Free base, l'alcool et l'Héroïne. Et sa toxicomanie dure treize ans. De

plus il avait une addiction au sexe. Il s'est fait incarcéré une fois pour consommation de drogue et il est resté en prison plusieurs mois .

André était un enfant désiré mais l'accouchement a été difficile (césarienne). Il dit qu'il est sorti à l'envers, et a avalé le liquide amniotique. Il a été à bout d'étouffement et est sorti bleu.

Son enfance était normale. Il était calme mais actif, un peu insomniaque et faisait pipi au lit jusqu'à trois ans.

A l'école, il avait des difficultés d'apprentissage et un déficit d'attention. Il était impossible pour lui d'être à la hauteur de son père qui était instituteur dans le même établissement. En même temps Il aimait être 'leader' et se mettre en valeur devant ses camarades de classe. C'est pour cette raison qu'il commence à consommer la drogue et sortir avec les filles.

La mère était sévère. Mais avec le temps ils deviennent amis et il lui raconte même ses aventures avec les filles. Son père était plus gentil, il le prenait avec lui partout où il allait quand il était enfant. La mère l'a beaucoup couvé par devoir et perfectionnisme. La réussite en classe était importante pour elle, ce qui n'était pas le cas chez le père qui disait à ses fils : 'faites ce que vous voulez, même être cordonnier, mais faites-le avec passion'. A l'école, André avait ce sentiment d'infériorité devant ses camarades de classe qui étaient plus riches que lui. La mort subite de son grand-père maternel à l'âge de sept ans fut un choc. Il demandait à ses parents : pourquoi il ne m'a pas dit qu'il va mourir et pourquoi vous ne m'avez pas emmené le voir avant sa mort?

b- La rencontre avec la drogue

André n'a pas pu faire face à l'élitisme de l'école où son père était professeur. De plus, Il se sentait inférieur à ses camarades qui étaient plus aisés que lui. Le but était difficile à atteindre, il ne voulait même pas essayer pour ne pas échouer. A partir de la classe de 7ème, les études étaient toujours trop difficiles pour lui. Il a été entraîné dans une suite d'échecs qui a donné place à la drogue qui mettait André dans l'illusion de la puissance. A treize ans il commence à fumer, puis à quatorze ans il a consommé le haschisch à l'école et peu à peu il arrive à consommer la cocaïne, l'alcool, le Free base, l'héroïne et autres drogues. La discipline était trop rigide à la maison et en se droguant, André voulait prouver qu'il pouvait briser les limites et ces valeurs rigides. Le haschisch lui donnait le sens de l'humour et le Free base avec l'héroïne lui donnaient le sentiment de grande puissance. Mais le sentiment de la culpabilité envers le groupe à qui il cherchait la drogue était le plus dominant.

En classe de 4ème il fait le sexe pour la première fois et depuis, il y devient dépendant.

A l'âge de 18 ans les parents découvrent son addiction et l'oblige à faire sa première cure, mais en vain, il refait des rechutes. Selon André, ses parents étaient compréhensibles mais pas permissifs. Vers la fin de son addiction ils commençaient à être durs et le poussaient à rentrer dans un programme de cure.

c -La dynamique familiale

Les parents, selon André, sont bien instruits, profonds et respectueux. Leur mission d'avoir des enfants idéaux était un peu trop lourde pour les deux enfants. La relation entre les parents était toujours idéale, ils s'aiment et communiquent aisément. Mais la communication avec les enfants est moins facile, surtout avec le frère qui est introverti.

La mère est le centre de la famille. Il la décrit comme ayant un bon cœur, sensible, stricte et ayant du caractère, bien qu'elle devienne souple lorsqu'il s'agit d'affaires émotionnelles. Sa façon de parler est provocatrice, elle est parfois sarcastique, agressive et ne lui facilite pas la tâche.

La mère se trouve toujours sous l'emprise du traumatisme qu'elle a eu à 23 ans, d'un accident qui a eu lieu lors des bombardements de la guerre libanaise, et où elle a perdu un œil.

D'après le TAT, il y a tentative de contrôler l'angoisse due aux désirs incestueux à l'égard de la mère et un évitement de la relation triangulaire. La relation hétérosexuelle semble être caractérisée par la trahison et la méfiance. L'image maternelle est persécutrice et surmoïque, elle joue le rôle interdicteur dans ce conflit entre désir et interdiction.

Une transmission de l'angoisse des fantasmes et des ressentis de la mère est faite et cela par la voie d'une identification projective trouvant son chemin dans les comportements de la vie quotidienne. Le père qui est professeur, était toujours présent à la maison. André dit que c'est son idole, un homme autodidacte, il est bien instruit et humble. Cependant André pense ne jamais être à sa hauteur.

« Est-ce que nous leur avons imposé nos rêves au lieu de respecter les leurs ? » Le père se demande. D'après le TAT, André essaie de s'identifier à une image paternelle idéale sans être capable d'y aboutir. Il évite d'aborder la thématique de l'agressivité à l'égard de l'image paternelle. L'on remarque que l'image maternelle est une image surmoïque par excellence. Tandis que la relation à l'image paternelle est caractérisée par la rivalité. Face à cette rivalité, et face aux situations angoissantes en général, on remarque qu'André a tendance à se

dévaloriser. Il éprouve un sentiment de culpabilité envers les parents. Il s'agit d'une représentation négative d'un « soi » perçu comme démuné.

Le FAT montre qu'il existe un conflit non résolu dans la famille. Un processus fusionnel implique un dysfonctionnement dans la hiérarchie intrafamiliale aboutissant à la fusion entre André et la mère. La dynamique familiale s'organise autour de ces réactions et défenses qui rendent très difficiles les processus d'individuation d'où la fuite par la prise de drogue.

d- Comportements addictifs et maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le grand-père paternel était alcoolique et l'oncle, qui était le préféré de sa mère, était kleptomane et a dépensé tout l'argent de la famille. La grand-mère paternelle, hystérique, menaçait toujours de se suicider. Deux de ses cousins (la fille et le fils de son oncle paternel) se droguaient, les deux filles de sa tante paternelle se droguaient et l'une d'elles a été arrêtée pour consommation de drogue .

e- Les mandats des liens transgénérationnels

D'abord les déceptions non élaborées vécues par les générations antérieures comme la mère qui culpabilisait implicitement parce qu'elle était née fille alors que sa mère voulait un garçon. Elle a également subi le traumatisme et la violence de la guerre où elle allait mourir à 23 ans et perdait son œil. Elle dit « Au Liban être différent n'est pas tolérable. Je n'ai pas pu dépasser suffisamment le problème de mon œil, mais ce qui m'a sauvée, c'est que mon mari a bravé les obstacles pour m'épouser (les parents étaient contre ce mariage) » et ajoute : « la violence la plus atroce c'est le regard de l'autre. »

Mais avant tout cela, le vécu du père est très significatif. Il est issu d'une famille arménienne qui a quitté le pays natal pour s'installer en Turquie, où ses membres avaient été violemment persécutés par les turcs et avaient été obligés de quitter le pays et vivre dans des camps de réfugiés et avaient fini par s'installer au Liban.

Le grand-père paternel était intelligent et habile, il travaillait comme coiffeur dans les camps des réfugiés. Il a pu acheter une maison et améliorer ses conditions, mais il était alcoolique et coureur de jupons. Le père d'André, né au Liban, fait des études en archéologie (est-ce une manière de comprendre le passé violent de ses grands-parents qui étaient des survivants du génocide arménien, et qui ont disparu sans laisser de trace ?)

Le père d'André a vécu son enfance dans une ambiance stressante, où son père était souvent absent. Sa mère était forte et castratrice. L'ambiance familiale était très négative surtout à

cause du comportement de son frère, qui a dépensé la fortune de ses parents. Tout était monopolisé autour du drame de son frère. Aussi il a été obligé de rentrer au Liban, lui qui suivait des études en France et pensait y rester, pour s'occuper de ses parents après que son frère a perdu tout leur argent.

Du côté de la famille maternelle, sa grand-mère est d'origine palestinienne, et a été obligée avec sa famille de quitter également leur terre pour se réfugier au Liban. Ce qui fait que la famille de chacun des parents d'André a subi la persécution, a été massacrée, et déracinée. Le père d'André a vécu la guerre libanaise et a subi sa violence surtout qu'il travaillait et habitait dans une région proche des lignes de démarcation à Beyrouth, mais il ne s'est jamais impliqué dans des positionnements politiques .

Synthèse

En faisant la connaissance des parents d'André, des sujets équilibrés et même « idéalisés » aux yeux d'André, et qui se sont efforcés à fonder une famille « saine », nous nous sommes demandé qu'est ce qui fait qu'une souffrance apparaisse dans cette famille sous forme d'une toxicomanie ?

Mélanie Klein dans « Envie et Gratitude et autres essais » (1957), a établi la différenciation entre l'objet « idéalisé » et le « bon » objet. L'objet idéalisé est ressenti comme ayant des exigences illimitées envers le moi, c'est un objet impossible à satisfaire qui joue, en réalité, le rôle d'un surmoi persécuteur, il est toujours double car il recèle un aspect extrêmement persécuteur qui n'a pas pu être clivé de lui.

Il semble que ces parents « idéalisés » non pas pu être des parents « suffisamment bons » pour André, ce qui pourrait constituer une des raisons derrière sa toxicomanie. Mais ce que nous ne pouvons négliger aussi reste le lourd fardeau de la transmission transgénérationnelle qui explique beaucoup de ce qu'il paraît inexplicable.

Les libanais d'origine arménienne sont en proie à un problème d'identité. Ils sont libanais tout en restant arméniens. Ils sont intégrés sans être assimilés, sans perdre leur identité arménienne. Tous portent des noms de famille qui se terminent par le suffixe « IAN », ce qui les distinguent de tous les autres libanais.

En fait, lorsqu'un groupe social est attaqué comme dans le cas d'un génocide, les rescapés éprouvent leur identité personnelle comme secondaire et l'identité ethnique devient le signe

identitaire. Au lieu d'être l'enfant de telle femme et de tel homme, on devient enfant d'arméniens.

Dans le cas d'André, les traumatismes se trouvent dans les deux familles : paternelle (arménienne), et maternelle (grand-mère palestinienne). On sait aujourd'hui combien les rescapés de traumatismes graves, comme ceux du génocide arménien et de l'exode palestinien peuvent présenter des comportements excessifs et étranges en lien avec leurs expériences dramatiques. Les enfants de la troisième génération peuvent rester sous l'emprise de leurs revenants, et développer des symptômes divers, la toxicomanie en est un exemple. De tels symptômes se constituent au carrefour de ce que les petits-enfants imaginent des souffrances passées de leurs grands-parents, mais aussi des difficultés que ceux-ci leur imposent lorsqu'ils sont en proie à leurs revenants.

6- Ihab : Hanté par le nom d'un disparu

a- Anamnèse

Ihab est né à Beyrouth en 1988 pendant la guerre. Il est célibataire et d'une famille de niveau socio-économique au-dessous de la moyenne, de père musulman-Chiite et de mère chrétienne. Ihab est l'aîné dans une fratrie de trois enfants, deux filles et un garçon. Il a aussi deux demi-frères plus âgés du premier mariage de sa mère. Il ne détient pas de profession fixe .

Ihab a commencé à consommer de la drogue à l'âge de treize ans, commençant par le Haschisch, passant par la benzodiazepine, l'alcool, le rivotril, le tramal pour arriver à l'héroïne. Il a été arrêté une fois pour consommation et trafic de drogue. Il exprime que c'est surtout la fuite des sentiments d'échec qu'il recherche en consommant car la drogue lui apprend que le monde est insignifiant.

Sa naissance a été difficile ; un accouchement par césarienne. Quand il était enfant il tombait souvent malade (bronchite) également il était hyperactif. A l'école, Il était réprimandé régulièrement en raison de sa turbulence. Il dit avoir éprouvé un sentiment d'infériorité puisqu'il était inscrit dans une école de riches alors que sa famille ne l'était pas. D'ailleurs il change souvent d'écoles.

Le père était souvent absent mais violent dans sa présence, il le battait avec une chaîne. D'où Ihab trouve sa place dans la rue, une place qu'il ne retrouvait pas chez lui .

Il n'a jamais eu de relation avec une fille par peur du rejet. Il dit qu'il remplace le plaisir sexuel par le plaisir de la consommation de drogue. *‘ Je n'aime pas la confrontation, j'ai peur d'exprimer mes sentiments et regarder les gens directement. J'emploie la déception pour atteindre mon but. Je suis toujours en fuite. Si je fais face à une difficulté, je m'enfuis au lieu de trouver une solution. Je mens constamment parce que je crains la punition’.*

b- La rencontre avec la drogue

Ihab a commencé à se droguer à l'âge de treize ans. Il a commencé avec le haschisch et termine avec l'héroïne. La drogue était abondante dans les rues et il ne savait pas dire non. *« J'étais exceptionnel dans la rue »* dit Ihab, où il a trouvé sa place. Il exprime aussi qu'il excellait dans l'abus et le trafic de drogue. Il lui plaisait d'aider les jeunes à se droguer car il trouvait que la drogue accordait à la personne une valeur. La drogue comblait ses points faibles et effaçait sa timidité.

Un jour il sniffe la première ligne d'héroïne offerte par un ami et il commence à la consommer pour se sentir « gai ». Un mois plus tard, son ami lui propose de s'injecter l'héroïne. Il admet avoir aimé le sentiment tout-puissant de l'injection qui l'avait envahi. Avec le temps, il devient un trafiquant malgré lui pour se procurer sa dose nécessaire. Jusqu'au jour où il demande une dose d'un jeune du Hezbollah placé sous surveillance. La police l'arrête. Sorti de prison, Ihab reprend et poursuit l'abus de drogues .

Après avoir terminé ses études à l'école, il étudie la comptabilité sans jamais terminer pour avoir un diplôme. Il n'a jamais travaillé dans sa vie. Il ne supporte pas l'autorité et avec ses amis, il prend le rôle du leader et il se sent plus à l'aise que chez lui.

c- La dynamique familiale

Ihab se sentait étranger au sein de la famille. Il rentrait à la maison, ne faisait que manger et regarder la télé tout seul. Une ambiance d'angoisse et de crainte régnait à la maison et les problèmes familiaux finissent par tourner autour d'Ihab et de son addiction.

Pendant l'enfance d'Ihab, sa mère se concentrait sur son enseignement de peur qu'il ne devienne délinquant tout comme ses deux enfants de son premier mariage. Elle le voulait parfait et l'étouffait. Il dit « Elle me voulait ressemblant à une certaine image différente de mon image réelle ». D'après le TAT, le fantasme incestueux est présent mais l'image maternelle est très surmoïque pour Ihab et la relation mère-fils est liée à un sentiment de culpabilité (face au désir insatisfait de la mère).

Enfant, Ihab voulait ressembler à son père, mais en vain. Son père le critiquait beaucoup.

Il n'existait pas de dialogue entre eux, et il se sentait plutôt inférieur dans cette relation. Dès son enfance, le père était quelqu'un de silencieux, il ne communiquait pas beaucoup à la maison et cela continue jusqu'à présent.

Ihab raconte que son père n'hésite jamais à violer les lois. Il vole l'électricité, l'eau etc. A l'école, pour attirer l'attention et s'imposer, il aimait lui aussi violer les lois.

Son prénom était celui de son oncle combattant tué dans la guerre deux ans avant sa naissance. C'est le père qui lui a choisi ce prénom, mais, ce qui l'étonne et le blesse, c'est que son père ne l'a jamais appelé par son prénom, mais plutôt par « mon fils » ou « garçon ». Même son entourage l'appelait par un surnom et jamais Ihab. Le père trouve que son fils a une faible personnalité : « *Ce n'était pas un fils pareil que je voulais* », dit-il . Pour lui, son fils n'a pas été à la hauteur de son prénom qui est celui d'un « héros » de la guerre.

D'après le TAT, l'image du père est manquée et l'agressivité envers cette image paternelle lui permet de présenter son père comme traumatisé : ce qui signifie le désir de le rendre dépourvu de la force et de l'autorité. On trouve dans le protocole un fantasme parricide lié à une agressivité, et l'angoisse est archaïque.

Ihab ignorait jusqu'à un temps avancé l'existence de ses deux demi-frères aînés. Le premier s'est aussi drogué, il a volé, a ouvert le feu sur l'armée et a été condamné et emprisonné. Actuellement, il est marié, il vit à l'étranger et il commence à réussir dans sa vie. Le second frère vit aussi à l'étranger où il s'est marié .

Le protocole de FAT d'Ihab suggère que la famille, dont la mère est castratrice et la communication rompue à cause de l'absence d'un vrai rôle paternel, fonctionne de manière qui oscille entre la fusion et la nonchalance.

d- Les comportements addictifs et les maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le frère aîné d'Ihab était dépendant aux drogues, héroïne inclus, et son second frère fumait le haschisch. Son oncle célibataire, qu'il trouve paranoïaque, est alcoolique et son autre oncle est dépendant au jeu pathologique. Son troisième oncle qui vit à l'étranger est alcoolique lui aussi. De sa mère, il dit qu'elle est dépendante au narguilé, qu'elle fume tous les jours. La tante paternelle est psychotique, elle a des hallucinations et elle a essayé de se suicider en avalant du DDT. La grand-mère maternelle avait une dépression et est morte d'un cancer. Sa

tante maternelle est atteinte d'une allergie dermatologique chronique. La tante maternelle a deux enfants autistes.

e -Les mandats des liens transgénérationnels

Le père d'Ihab a connu la dureté de son propre père, de la guerre et des troubles psychologiques des membres de sa famille. Le grand-père d'Ihab était sévère, avare, et il ne communiquait pas avec ses enfants. Quant à sa grand-mère paternelle, il l'a décrit comme « stupide » et « employant des mots impolis ». La famille du père se lance dans la politique durant la guerre. Ses oncles ont combattu dans différentes organisations .

Quant à la mère d'Ihab, elle a vécu sans père. Ce dernier mourut lorsqu'elle avait trois ans. Sa mère avait des troubles psychiques et ses parents l'ont reniée car elle était une musulmane qui avait épousé un chrétien. Elle avait passé les années de son enfance dans un pensionnat. Ensuite, elle a connu la dureté de la vie avec un mari drogué qui la maltraitait avec ses deux enfants jusqu'à obtenir enfin le divorce. Elle a vécu également l'âpreté de la guerre puisqu'elle vivait avec sa mère sur la ligne de démarcation où la vie était constamment menacée. Son oncle faisait partie des Forces Libanaises (chrétiennes) et son demi-frère occupait un poste important dans le mouvement palestinien Fatah (adversaire des forces libanaises). Le demi-frère de la mère est décédé jeune pendant la guerre, tué par un obus.

La famille paternelle a souffert du meurtre de l'oncle paternel qui porte le même prénom, tué à l'âge de vingt-cinq ans deux ans avant la naissance d'Ihab. Son père a déversé sa colère sur lui comme pour exprimer un deuil inachevé. La famille croit que les tueurs étaient des amis, pour des raisons politiques et confessionnelles, et non pas des adversaires.

Ihab précise que ni la mère ni le père ne sont pas en bons termes avec leur famille d'origine. A l'âge de 14 ans Ihab perd sa grand-mère, et depuis, il a commencé à avoir peur de la mort. Il exprime qu'il fuit cette peur à travers la drogue.

Dans le FAT, la symbolisation et les contrastes sont présents sans toutefois oublier l'introduction des fantômes (le non-dit) et l'occultisme qui renvoie à un poids transgénérationnel lourd .

Le sentiment d'infériorité, de non appartenance et de non place dont souffre Ihab, suscite un questionnement sur son prénom, celui de l'oncle disparu et qu'il n'a pas pu remplacer, c'est le discours du père qui le révèle. Cela est-il à l'origine de cette personnalité vulnérable à toutes sortes de déviation et de l'échec d'avoir une relation sexuelle ?

Synthèse

La réattribution du prénom d'un proche mort à un enfant vise souvent à colmater un deuil impossible. Et quand la mort de ce proche est précoce ou traumatisante, donner son prénom à un nouveau-né peut soutenir un fantasme d'immortalité. Dès lors, ce prénom donne à l'enfant une sorte de mission ou de réparation à faire. Cette mission s'est avérée pesante pour Ihab, surtout que le père qui lui a attribué ce prénom a refusé de le prononcer, faisant allusion dans son discours à un enfant anonyme (« mon fils » et « garçon »). Paradoxalement, le père accuse Ihab de ne pas être à la hauteur de son prénom et de ce qu'il représente. Cette attitude contradictoire a sans doute affecté l'identité propre d'Ihab, parce qu'être anonyme veut dire ne pas exister. S'ajoute à cela une ambiguïté de l'appartenance religieuse et politique : musulman ou chrétien ? Forces libanaises ou "Fateh" (grands adversaires) ?

Il n'y a pas ici d'espace psychique pour qu'Ihab développe son identité, libre du pouvoir aliénant du narcissisme de ses parents. Cette fonction aliénante est à l'origine d'un clivage du moi chez lui, qui produit un sentiment d'étrangeté.

De plus, on trouve des refoulés familiaux liés à des traumatismes, des secrets de famille, des deuils non faits, des non-dits, des transgressions de la loi, tous constituent une sorte de mandat attribué par la famille par le biais de la transmission transgénérationnelle.

Les parents semblent transmettre à Ihab un objet interne endommagé. Comme héritier de cet objet interne parental, Ihab devient l'enfant décevant au regard de l'idéal du moi, répétant la situation originelle. Son identité se construit par l'intériorisation de l'objet abîmé parental. Il devient un enfant incapable à jamais de satisfaire l'idéal parental.

7- Toufic : Le fils de la femme au voile blanc (El Cheikha)

a- Anamnèse

Toufic, né en 1986, est le troisième dans une fratrie de trois garçons et une fille. Il est célibataire. Il est druze de niveau socio-économique en dessous de la moyenne. Il n'a pas terminé ses études, et travaille dans une station-service comme son père. Il commence la consommation de drogues à seize ans, débutant par le haschisch, passant par la cocaïne et l'alcool pour arriver à l'héroïne. Il réside à Oum el Nour depuis huit mois et c'est sa première prise en charge institutionnelle. Il a été incarcéré deux fois pour vol et consommation de drogue .

Toufic est né durant une période difficile de la guerre libanaise. Ses parents vivaient chez les grands-parents paternels. Après l'accouchement qui était facile, la mère a fait une dépression post-partum.

Toufic était brave à l'école, mais à l'âge de dix ans, il a commencé à redoubler, il a dû changer cinq écoles. A quatorze ans, il a quitté l'école pour travailler dans la station-service. Il a vécu une grande instabilité vu les circonstances de la guerre, et la famille a changé huit fois de logement pour fuir les batailles. Toufic vivait un sentiment d'abandon très sévère à chaque fois qu'il quittait ses nouveaux amis auxquels il s'était beaucoup attaché. Cette peur de l'abandon se voit dans les planches 1 et 12 du TAT qui confirment l'existence d'une problématique abandonnique. La perte d'objet est repérable à ce niveau, de même que l'affect dépressif anaclitique .

Pour Toufic, une des plus grandes violences qu'il a reçues dans sa vie est la violence émotionnelle engendrée par sa mère castratrice et par son père qui le frappait aussi.

Toufic est décrit par ses parents comme quelqu'un de très fragile qui est jaloux de tous, surtout de son frère aîné, le préféré de sa mère. Il voulait accaparer continuellement toute l'attention.

Les parents disent qu'il était l'enfant « *gâté de la famille et tous l'aimaient trop et lui faisaient ce qu'il voulait* ».

A neuf ans, il a commencé à travailler pendant l'été dans la station-service, et là il a été abusé sexuellement, ce qui a marqué toute sa vie. L'abus, qui s'est répété par la suite, l'a rendu de plus en plus furieux et timide. L'abus a mené à une confusion et un sentiment d'ambiguïté dans son identité sexuelle et des problèmes sexuels au niveau de l'érection et de l'éjaculation précoce. Il dit que c'est une des raisons pour lesquelles il s'est réfugié dans la toxicomanie, car cela avait affaibli sa confiance en soi. La raison majeure de son addiction, selon lui, c'est d'essayer inconsciemment de rassembler sa famille désunie et vidée de toute communication, ce qu'il a réussi à faire à un prix élevé .

b- La rencontre avec la drogue

Toufic commence à boire de l'alcool à l'âge de 16 ans. A cet âge, il a vu deux de ses amis s'adonner à l'héroïne et il décida de ne plus les fréquenter. Il était convaincu qu'il était hors question pour lui qu'il prenne de l'héroïne. Mais avec le temps, il fumait le haschich sans arrêt. A cette époque, il rencontra une fille qu'il a aimée, mais elle a épousé un autre qui avait

de l'argent et cela lui a causé une dépression. Il est sorti par la suite avec une prostituée et c'est là qu'il a commencé à consommer de l'héroïne pour améliorer sa performance sexuelle. Il est ainsi devenu otage de l'héroïne et ne pouvait plus l'arrêter pendant cinq ans. Après un an de consommation d'héroïne, il parle à ses parents de sa toxicomanie, car il n'avait plus d'argent pour acheter de la drogue et leur a demandé de l'aide pour arrêter. Après une rechute, sa famille a décidé qu'il valait mieux le soigner à Oum el Nour .

c- La dynamique familiale

« *J'ai vécu dans une famille désunie, vidée de toute expression et communication avec beaucoup de refoulements, de violences et d'interdits. Rien ne pouvait rassembler ses membres pas même pour manger ensemble.* » Voici comment Toufic commence son entretien, en mettant en valeur le dysfonctionnement familial chez lui comme cause de son addiction. On remarque cela à travers le protocole du FAT, où l'index général de dysfonctionnement de ce protocole est très élevé, suggérant ainsi la présence d'un conflit conjugal et familial non résolu à l'intérieur de la famille. L'absence de communication mène à une circularité dysfonctionnelle et montre ce cercle vicieux qui enferme la famille dans un mode relationnel dysfonctionnel. La mère décrit la famille en disant que les rôles ne sont pas bien définis : elle joue le rôle du père absent, et s'il se présente, il est démissionnaire et quelque fois violent.

Dans la famille, La communication entre tous les membres est absente. La mère est dominante et castratrice et le père est faible et absent. C'est ce que révèle le TAT : dans les réponses de Toufic aux planches 6BM et 7, l'image féminine, plus précisément maternelle, semble être dominante, à l'inverse de l'image masculine qui paraît plus passive et soumise.

La relation de Toufic à sa mère a été toujours superficielle : elle lui parlait peu, le frappait, et lui préférait son frère. Il la décrit comme femme religieuse qui porte le voile blanc, une « Cheikha », avec un surmoi très fort. Elle a répudié Toufic et son père parce qu'ils ne sont pas engagés religieusement. Elle traitait ses enfants durement et leur interdisait de sortir .

La relation de Toufic à son père est meilleure que celle de sa mère, mais il dit que sa mère le montait contre lui et l'incitait à le frapper.

L'anxiété domine dans le système familial, et l'absence de communication ainsi que l'agressivité y ont une place importante.

Les enfants sont détachés l'un de l'autre et on remarque qu'il y a deux clans à la maison : la mère et son fils préféré qui est l'ainé (très religieux comme elle) d'un côté, et le père avec la fille qui est sa préférée, de l'autre côté. Reste Toufic et son autre frère, le premier dépendant à héroïne, et le second alcoolique. Ces deux frères qui ont été mis à l'écart de l'affection des parents ont eu recours à des objets externes pour remplir le vide en eux. La présence de conflits relationnels et de conflits intrapsychiques rend les membres de la famille incapables de gérer leurs émotions et leur colère. Ainsi ces membres ne sont pas bien préparés par leurs parents à faire face aux situations et aux dangers extérieurs d'où la fermeture avec le monde extérieur.

Le TAT révèle aussi un pôle narcissique qui se caractérise par une dévalorisation du moi et de l'objet et par le retrait narcissique au niveau relationnel, d'où le recours à plusieurs reprises à l'isolation comme mécanisme défensif afin d'éviter tout relationnel dangereux porteur d'angoisse.

Toufic ne se sent pas affilié à sa propre famille, cela se remarque dans son génogramme, où il n'écrit pas son prénom dans l'arbre familial. Il explique qu'il ne fait pas partie de la famille durant la période de l'addiction : il semble que le poids lourd du surmoi est présent chez sa mère et sa famille qui lui font ressentir cette étrangeté. Il se sent indigne d'être dans une famille aussi religieuse et pratiquante .

d- Comportements addictifs et maladies psychiques dans la famille

Le grand-père paternel est alcoolique et grand fumeur. Son père fume deux paquets de cigarettes par jour depuis quarante ans. Son jeune frère est alcoolique. Les cousins paternels de Toufic ainsi que son cousin maternel ont été emprisonnés pour vol et trafic de drogues .

e- Relation au corps et à la mort

A l'âge de neuf ans, Toufic a commencé à subir des abus sexuels qui se sont répétés par des ouvriers à la station-service où il travaillait. Il y a résisté au début mais avec le temps il a commencé à y prendre plaisir et à accepter les abus des hommes, inclus ceux de son cousin maternel. Il décrit que l'abus sexuel l'a mis dans une situation d'ambiguïté dans son identité sexuelle, et a affaibli sa confiance en lui, ce qui a facilité sa fuite vers la toxicomanie.

En fait, la violence d'une scène de séduction sexuelle que l'enfant a subie passivement donne lieu à une excitation libidinale qui ne peut se décharger et qui donne corps au traumatisme.

Quand l'adulte abuse de l'innocence de l'enfant, celui-ci se trouve dans l'ambivalence, entre innocence et culpabilité. Après le traumatisme de l'abus, le sujet se clive en un être psychique de pur savoir qui observe les événements de l'extérieur, et en un corps totalement insensible. Par effet du clivage, il se crée un « ange gardien » interne, écrit Ferenczi, qui dispose du corps mieux que le sujet pourrait le faire lui-même. Cet ange gardien serait composé de fragments de la psyché du sujet comprenant des fragments relatifs à l'affect d'autoconservation. (Ferenczi, 1929, p.113).

Le recours à l'injection de l'héroïne dans son corps serait-il comme un substitut de traitement des excès traumatiques par un canal corporel de pénétration, offrant par l'artifice, l'équivalent d'une voie naturelle ?

f-Les mandats des liens transgénérationnels

La castration des hommes à travers les générations est prédominante dans le génogramme de Toufic. Il y a toujours une femme dominante et castratrice, et un homme faible et impuissant. Il existe aussi une autre dimension au transgénérationnel, et ce sont les secrets de famille. Dans l'entretien, Toufic nous raconte un secret que sa mère lui a raconté récemment et que même les plus proches ignorent : sa tante paternelle est tombée enceinte sans qu'elle soit mariée, on a caché sa conception et elle a accouché d'une fille en secret. Pour dissimuler cette honte, dans une société trop conservatrice comme celle des druzes du Mont-Liban, la grand-mère de Toufic a fait semblant d'être elle-même enceinte et a prétendu qu'elle a accouché la fille. Alors, la fille (la cousine de Toufic) est devenue la sœur de sa mère devant les gens et personne ne connaît le secret sauf quelques-uns.

Les secrets, comme nous avons pu voir dans la première partie de cette recherche pose un problème. Ce qui n'est pas dit, ce qui n'est pas verbalisé, fera retour à sa façon, à la manière du refoulé qui fait retour dans un symptôme.

Ce qui caractérise le secret, c'est le fait que la personnalité de son porteur soit clivée, ce qui provoque chez ses proches des expériences qu'ils sont amenés à cliver à leur tour. La toxicomanie de Toufic pourrait-elle être une des manifestations de ce secret de famille ?

Synthèse

Toufic a vécu dans une famille conservatrice avec un système rigide et trop ferme qui impose à ses membres une obéissance aveugle. L'absence de communication dans cette famille occupe l'avant-plan. Le conflit conjugal est installé. La solitude et le conflit intra-psychique marquent son vécu. La mère est prise par les préoccupations religieuses, et le père est tout à fait absent mais une fois présent, il est agressif. Un sentiment d'étrangeté et de non appartenance est vécu par Toufic .

L'abus sexuel a constitué une expérience dure qui a apporté à la vie psychique de Toufic, en un bref laps de temps, un accroissement de stimulation si fort que la liquidation ou l'élaboration de celui-ci n'a pas pu réussir, ce qui a suscité une répétition compulsive de cet abus.

Les expériences de guerre, de perte et de rupture (le changement de huit maisons et cinq écoles pour fuir les batailles) ne sont pas sans dommage au niveau du fonctionnement psychique et s'apparentent dans leur logique à un traumatisme. Toufic s'en trouvent fragilisés. Les secrets de famille, celui connu et ceux inavouables donc non élaborés, constituent un caveau intrapsychique, une « crypte » qui enfermerait « tous les mots qui n'auront pu être dit, toutes les scènes qui n'auront pu être remémorées, toutes les larmes qui n'auront pu être versées » (Torok 2002).

8- Abbas : L'enfant triste qui aimait devenir « martyr »

a- Anamnèse

Abbas est né en 1989, il est célibataire et le cadet dans une fratrie de quatre garçons et une fille. Il est musulman chiite du sud du Liban, d'un niveau socio-économique en-dessous de la moyenne. Il vit dans la banlieue Sud de Beyrouth (région chiite). Il détient un Bac technique alors que son père et sa mère n'ont pas dépassé les classes primaires. Abbas est dans la restauration commerciale, son père est chauffeur de taxi et membre du "Hezbollah".

Il a commencé à consommer la drogue à l'âge de onze ans. Les substances consommées sont le haschich, le tramal, le rivotril, l'alcool, la cocaïne, le free base et l'héroïne .

Abbas en abuse depuis treize ans déjà et il est pris en charge à Oum El Nour depuis dix mois. Il a essayé d'arrêter la drogue deux fois auparavant, a été incarcéré deux fois pour quelques

jours, la première fois pour délit de consommation de drogue, et la deuxième pour délit de fraude et escroquerie .

Dans son enfance, Abbas souffrait d'insomnie et avait des crises d'asphyxie.

Il se dit être un vrai obsédé de propreté et d'ordre, et même très jeune il arrangeait son armoire et celle de ses frères aussi. De plus, il aidait dans le ménage « comme s'il était une fille » évoque la mère. Il était connu parmi tous les enfants de la grande famille et des voisins comme étant un garçon sage, tendre et affectif .

A l'école, il souffrait d'un déficit de l'attention qui n'a pas été traité. Il change plusieurs écoles à cause de sa paresse et son manque de sérieux. D'une famille démunie, Abbas exprime son sentiment d'infériorité à l'école et dans l'entourage .

A neuf ans il a été victime d'un abus sexuel de la part d'un voisin qui l'aidait dans ses études. Il lui montrait des films pornos et le touchait. Il dit qu'à cette époque il était « un enfant triste qui aimait être martyr ».

La mort de son jeune cousin, qui porte le même prénom et le même nom que lui, dans un accident de moto était très dure pour lui comme pour toute la famille, surtout parce que sa mort n'avait pas de sens, une mort par accident et non pas comme martyr de la résistance islamique .

A l'âge de dix-neuf ans, il part en Arabie saoudite pour travailler comme responsable de cuisine et accompagnateur privé d'un Cheikh saoudien. Abbas couche avec son employeur saoudien qui était un dépendant de la cocaïne et du free base, dont il en consommait autant qu'il ne voulait. Mais à la fin, il décide de se libérer de lui et de revenir au Liban, où il plonge dans la dépendance à l'héroïne et aux femmes.

b- La rencontre avec la drogue

A onze ans il passe à la rue et s'infiltré dans des groupes asociaux. « *J'étais attiré par les jeunes loubards et les apostats dans la rue et j'ai commencé à m'approcher d'eux* », raconte Abbas. A douze ans il est dans le trafic de drogue (il achète de la cocaïne aux groupes) et commence à consommer du haschisch. Un peu plus tard, il commence à boire et à consommer des médicaments détournés de leurs usages.

En classe de troisième, il s'est isolé et a négligé son apparence. A cette époque, il a fait la connaissance d'un jeune orphelin qui a perdu son père, tué par un franc-tireur pendant la guerre libanaise. Il s'est avéré que ce jeune, qui était d'ailleurs plus âgé qu'Abbas, consommait

de l'héroïne. Abbas allait chez lui tous les jours pour l'aider, mais pour finir addicté lui-même à l'héroïne .

c- La dynamique familiale

Abbas entendait dès sa petite enfance les disputes de ses parents, et cela l'a affecté, surtout qu'il est fragile et qu'il analyse beaucoup, selon ses dires. La mère très sévère a refusé que ses enfants fassent des activités sportives et sociales pour qu'ils se concentrent sur leurs études. Cependant, Abbas est descendu dans la rue et a fait la connaissance des loubards et du jeune orphelin, dépendants tous à la drogue.

Au foyer, il n'y avait ni communication ni expression d'émotions entre les membres de la famille. Le père était souvent absent, la mère était agressive et toujours sur ses nerfs. S'ajoutent à cela la pauvreté et la mésentente du couple parental .

« Ma mère était le leader de la famille et elle l'est toujours. Mon père est soumis à elle » exprime Abbas. Ainsi, la mère détient toujours l'autorité à la maison et représente pour ses enfants le point de repère .

Enfant, la mère traitait ses enfants avec agressivité tant physique que morale. Abbas décrit ' Je me souviens qu'elle avait chauffé un jour un fer à brochette et l'a mis sur mon dos pour me punir '. Paradoxalement, il dit être trop attaché à sa mère durant son enfance et exprime « Elle est prête à mourir pour moi ».

La mère d'Abbas paraît une femme trop angoissée obsessionnelle et anorexique. Elle parle de son fils en disant : « Depuis sa naissance, je me suis trop attachée à Abbas plus qu'à tous mes enfants et lui de même. J'ai cinq enfants, les quatre sont d'un côté et Abbas seul de l'autre côté ». Plus encore, elle dit qu'elle a arrêté de coucher avec son mari quand elle a pris connaissance de la toxicomanie de son fils. Elle formule clairement « Pour moi, Abbas est mon homme et ma vie toute entière », et continue : « Abbas me disait : je vais vivre avec toi en tête à tête, et c'est toi qui vas me choisir une femme ». Ces déclarations indiquent une relation œdipienne lourde qui lie Abbas et sa mère, et le père est mis hors-jeu. Dans le TAT, l'image féminine et maternelle est pesante avec une défaillance relationnelle du couple parental.

Le père est décrit par Abbas comme généreux, pieux, sage, bon et humble mais faible et impuissant face à la revendication de ses droits. Il ne regarde pas les femmes et n'achète rien pour lui-même, tout est pour ses enfants. De plus, il travaille jour et nuit, c'est pourquoi il est souvent absent. Abbas exprime sa colère contre lui parce qu'il ne l'a pas protégé de

l'agressivité de sa mère, en même temps que sa pitié envers lui parce que sa mère le maltraite et le prive d'une vie sexuelle normale . Père castré par sa femme qui n'a pas pu jouer le rôle de séparateur pour libérer son fils du rôle de phallus de sa mère, et Abbas lutte, en vaine, pour effectuer un processus de séparation-individuation de l'objet maternel.

Pour fuir une relation accaparante avec sa mère et la culpabilité qui en résulte, Abbas a choisi comme petite amie une fille chrétienne qui est son aînée de neuf ans, elle aussi victime de maltraitance familiale et dépendante à l'héroïne.

D'après la planche (2) du TAT l'image paternelle est exclue, couplée avec la déclaration que « cet homme n'est pas le mari de la femme ». De plus, on trouve chez Abbas dans le FAT un désir envers le père et une jalousie œdipienne (planches 9, 13 et 14) ; on aperçoit également le désir parricide (planche 11) parce que Abbas scotome le père pour diminuer l'angoisse surgissant du désir pulsionnel envers lui, avec un probable désir homosexuel latent envers le père, qu'il essaie d'attirer et de le fasciner (planche 14) .

Attaché à son premier objet d'amour, la mère, le père n'est pas perçu comme rival à cause de sa faiblesse, son attitude soumise et son absence. Abbas a de l'affection pour son père et souhaite rentrer dans une rivalité avec lui et s'y identifier, mais il ne parvient que partiellement, puisque la fonction du père comme séparateur n'est pas bien reconnue par la mère .

Abbas, le plus proche de sa mère parmi ses frères et sœurs, était le seul parmi les enfants, selon ses dires, qui se sentait engagé dans les disputes des parents. Il était très sensible et il exprimait son angoisse en frottant ses mains dans un geste compulsif .

Le FAT montre clairement le dysfonctionnement du système familial : le père est agressé, la mère se voit inférieure dans la planche 2 (elle était agressée par son père et ses frères) , et supérieure et persécutrice dans les planches 4 et 5 (elle était l'agresseur de son mari et de ses enfants). Les enfants sont poussés à mentir, faute d'une bonne communication au sein de la famille. Dans le système familial où la qualité de la relation conjugale et parentale est négative, les enfants souffrent d'un haut niveau d'anxiété, ce qui est le cas dans la famille d'Abbas.

d- Comportements addictifs et troubles psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le grand-père maternel était alcoolique et joueur pathologique ainsi que trois de ses oncles maternels. L'un d'eux était aussi dépendant à la cocaïne. Maintenant, ils sont tous engagés dans la résistance islamique, ils ne boivent plus et ne se droguent plus. Le cousin de la mère était consommateur et trafiquant de drogue, il a été détenu en Allemagne par la police pour le délit de trafic de drogue.

La somatisation existe bien dans la famille d'Abbas. Sa mère, qui semble anorexique, souffre depuis des années de maux d'estomac et de dos. La grand-mère maternelle qui était toujours « malade » est décédée à cause de diabète et d'hypertension. Sa tante maternelle est phobique, tout lui fait peur, pour cela elle est sous traitement d'antidépresseur. Son père souffre de l'asthme ainsi que son frère aîné. Sa tante paternelle a une poliomyélite au niveau de son bras et son pied.

Ces souffrances psychosomatiques démontrent que le corps n'est pas juste un « instrument » ou un « véhicule », il est le temple de la psyché. Toutes les émotions refoulées à l'intérieur peuvent se cristalliser dans différentes parties du corps. Les émotions génèrent des symptômes physiques. La peur et l'angoisse sont exprimées soit par le soma soit par l'addiction dans cette famille.

e- Relation au corps et à la mort

Le corps d'Abbas, le « bien aimé » de sa mère, était pour des années un lieu d'abus, au premier lieu de cette mère qui le tapait constamment et qui n'a pas hésité à chauffer un fer à brochette pour le mettre sur le dos de son « bien-aimé » pour le punir. Ce corps était également abusé par l'instituteur, le voisin que la mère a choisi pour lui donner des études particulières. Alors, comme une sorte de défense mais aussi de répétition compulsive de l'abus, Abbas s'est donné à la prostitution où son corps était utilisé en contrepartie de l'argent du cheikh saoudien, et s'est injecté l'héroïne, une conduite d'incorporation de l'objet maternel mais aussi un comportement de jouissance autodestructive par excellence .

Quant à sa relation à la mort, elle a commencé dès sa naissance. Abbas est né quand son grand-père paternel (qui porte le même prénom et nom) est mort, ce qui fait qu'il était le remplaçant d'un mort. Son cousin paternel, qui portait le même prénom et nom aussi, mais qu'on dénommait « le héros » parce qu'il était un combattant courageux, est mort à

vingt-quatre ans dans un accident de moto, ce qui l'a privé de l'honneur d'être appelé « martyr ». Cela semble avoir été traumatisant pour Abbas, et culpabilisant, parce que lui n'a jamais pu être « le héros » à cause de sa fragilité, et donc n'aura pas l'honneur de devenir « martyr » comme il fantasmaient. L'addiction à l'héroïne et les overdoses répétitives n'étaient pas, de ce fait, une façon de confronter la mort pour se voir « héros » ? et par conséquent n'était-elle pas une manière d'être « martyr » mais cette fois du dysfonctionnement familial ?

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Sous l'occupation israélienne le père d'Abbas a fui le sud du Liban, où il est né et a vécu toute sa vie, pour Beyrouth, où il a rejoint la résistance islamique. Il a combattu Israël et ses alliés libanais pendant la guerre libanaise au sud et sur les lignes de démarcation à Beyrouth. Il a risqué la mort plusieurs fois pendant la guerre .

La mère était engagée totalement avec la résistance islamique et l'est toujours. Ses frères qui vivaient au début dans la rue et qui étaient des loubards, ont changé radicalement et ont été engagés, et le sont toujours, dans la résistance islamique avec qui ils ont combattu pendant des années et sont toujours prêts à combattre "l'ennemi". La mère a vécu, selon ses dires, dans l'angoisse et la peur de perdre ses frères pendant les batailles .

La famille de la mère d'Abbas est conservatrice et rigide. Le père était militaire dans l'armée libanaise, et était trop stricte et agressif. Paradoxalement, il était alcoolique et joueur de poker. La mère et ses sœurs étaient maltraitées par le père et les frères. Une ambiance rigide d'abus physique et émotionnel régnait la maison. Une vie pleine de stress et d'angoisse, la mère d'Abbas l'a fuie en se mariant tôt à dix-sept ans avec un homme soumis avec qui elle a pu se venger des hommes dans sa vie. Par identification à l'agresseur, elle répète l'abus physique et émotionnel envers son mari et ses enfants. Elle fuit l'ambiance malsaine mais pour la recréer chez elle.

Le grand-père paternel, qui est mort quand Abbas est né, était aimé dans son entourage, parce qu'il était généreux et faisait des œuvres de charité. Il était une référence dans son village. Abbas lui-même, le remplaçant du grand-père mort, est aussi généreux et aimé de son entourage.

La mort de son cousin paternel, « le héros », est resté une blessure ouverte et un deuil inachevé, parce qu'il n'a pas pu acquérir l'honneur de devenir « le martyr », comme chacun

de la famille et de l'entourage d'Abbas désire l'être. Après sa mort, toute sa famille semble mourir, son père est rentré dans une dépression et depuis sa vie a changé, et sa mère parle toujours avec ses photos. Quant à Abbas, il a plongé dans l'addiction autodestructrice.

Sa grand-mère maternelle, qui est décédée peu après sa naissance, était toujours malade et a beaucoup souffert à cause de la rigueur de son mari et de ses fils qui ont combattu durant toute la guerre, et l'ont laissé dans la peur permanente de les perdre. La mère d'Abbas s'est identifiée à elle en développant une personnalité excessivement angoissée avec des mécanismes de défense différents en s'identifiant aussi à l'agresseur, son père et ses frères .

Le père d'Abbas exprime que le problème d'Abbas c'est qu'il ne peut pas dire non, une façon de dire que son fils s'est identifié à lui, puisque lui aussi il ne peut pas dire non surtout à sa femme qui le maltraite, un masochisme répétitif du père à l'enfant.

Synthèse

Abbas a vécu dans une famille dysfonctionnelle, où les disputes des parents étaient le pain quotidien, et où règnent la rigidité, le fanatisme et la vénération de la violence et de la mort.

Mère dominante et père soumis, des identifications floues et contradictoires.

Enfant, Abbas était en proie fréquemment à des crises d'asphyxie, ce qui nous laisse évoquer un article de J.-A. Gendrot et P.-C. Racamier (1951) « Fonction respiratoire et oralité » où ils indiquent que le blocage de l'expiration est en rapport avec un mauvais objet intériorisé et que l'enfant dans ce cas est condamné à ne pouvoir rejeter ce qu'il a absorbé agressivement.

Le TAT reflète qu'Abbas n'arrive pas à renoncer aux désirs œdipiens ce qui est générateur d'angoisse. La relation à l'objet primaire n'est pas consistante car les sentiments de culpabilité qui découlent des fantasmes incestueux sont intenses et l'image maternelle est défaillante dans ses fonctions de contenance. L'abus de psychotropes l'aide à régresser vers une position d'enfant immature attendant le secours des adultes ou bien il représente un accès à la culpabilité.

De même, Abbas souffre d'une anxiété profonde à cause de la maltraitance physique et émotionnelle ainsi qu'à une agressivité refoulée dans la dynamique familiale. Ses parents, agents stressants, cachent des non-dits et des secrets familiaux archaïques. Le transgénérationnel transmis provoque des éléments dépressifs chez Abbas, lié au vécu lourd de mort précoce et traumatisante dans la famille, de guerre, de mythes transgénérationnels de résistance, d'héroïsme et de fantasme de devenir « Martyre ».

9- Edgard : L'homme toujours attaché à un objet transitionnel

a- Anamnèse

Edgard est né en 1982, il est célibataire et l'aîné dans une fratrie de deux, lui et sa sœur. Il est chrétien catholique et appartient à une famille de niveau socio-économique moyen. Il est de la région de Bekaa, et le père est d'origine palestinienne. Il habite dans une région chrétienne de Beyrouth avec ses parents. Edgard détient le diplôme d'un brevet technique alors que le père et la mère ont le niveau certificat. Il a travaillé comme électricien avec son père .

Edgard consomme depuis douze ans dès l'âge de dix-huit ans. Les drogues consommées sont le Durssana (médicament pour la toux), le tramal, le rivotril et l'héroïne, et il dit être aussi addicté au sexe. Il est à Oum El Nour pour la première fois depuis dix mois. Il a été incarcéré un an pour délit de consommation et de trafic de drogue.

La mère d'Edgard dit qu'elle a trop souffert pendant sa grossesse et son enfance. Il était turbulent, têtu et hyperactif. Il avait une hernie et a subi deux opérations quand il était encore bébé. A la naissance de sa sœur, il avait quatre ans, il a senti une rancune envers sa mère et il était très jaloux, il frappait sa sœur et la faisait souffrir .

Il se rappelle qu'enfant il dormait dans le lit de ses parents, et qu'il mettait son corps lorsqu'il dormait sur celui de sa mère et ses mains sur sa poitrine, et ses pieds sur le corps de son père, comme s'il voulait l'éloigner du lit. Il a sucé son doigt jusqu'à l'âge de treize ans et il avait toujours besoin de toucher quelque chose en tissu pour dormir. Jusqu'à présent, il tient toujours à la main un mouchoir qu'il ne cesse de froter pour se sentir moins angoissé .

A l'école, il était turbulent et souffrait d'une hyperactivité avec déficit d'attention. La mère raconte qu'il criait fortement et qu'il refusait de la quitter pour aller à l'école .

Edgard raconte que ses oncles paternels ont volé l'héritage de son père ce qui a irrité la mère qui a abandonné la maison pour un certain temps, exprimant ainsi son refus envers la faiblesse de son mari .

La séparation de la mère a touché Edgard énormément, et depuis, il exprime : « Je ne supporte pas la séparation, j'ai beaucoup souffert quand j'ai changé d'école, et j'ai encore plus souffert quand les filles que j'ai aimées m'ont quitté ».

De plus son cousin paternel qui avait dix-neuf ans l'a harcelé sexuellement pendant qu'il passait la nuit chez son oncle, mais il n'a jamais raconté à ses parents ce qu'il s'est passé. Edgard a vécu une partie de la guerre libanaise dans une région proche des lignes de démarcation. Il a été bouleversé à cause de l'atteinte de son oncle maternel par un obus

pendant la guerre, il a perdu l'usage d'un œil et a été gravement blessé à la main, au pied et à l'estomac. Par la suite, son fils a été atteint aussi par un obus, il avait douze ans et il a perdu une main. C'est Edgard qui l'avait amené à l'hôpital. Également, Edgard était très attaché à sa tante maternelle dont le mariage et le voyage ont eu une grande influence négative sur sa vie. Le comble était le décès de son ami intime dans un accident de voiture .

Edgard, qui est tombé amoureux d'une jeune fille, a souffert durant des années quand les parents de cette fille l'ont rejeté et ont interdit leur fille de lui parler. Il dit que sauf le Durssana et le Tramal l'ont aidé à l'oublier .

Il est tombé de nouveau amoureux d'une autre fille qui est tombée enceinte, et ils ont été obligés de se débarrasser du fœtus, cet évènement a laissé de profondes séquelles chez lui, il se sent coupable jusqu'à présent « *d'avoir tué mon enfant* », il dit.

a- Sa rencontre avec la drogue

A l'âge de dix-huit ans il prend le sirop contre la toux « Durssana » d'une façon addictive, puis il change au Tramal, auquel il devient dépendant pour deux ans. Et pour pouvoir supporter l'idée de l'avortement de son enfant, il demande à l'un de ses amis de lui donner de l'héroïne, et depuis sa vie a été bouleversé et le couple se quitte .

Il essaye d'arrêter l'héroïne à l'âge de 26 ans et il part en Arabie saoudite pour fuir l'ambiance. Ne supportant plus la séparation, il revient après un an sans avertir ses parents avec vingt mille dollars américains, mais au lieu d'épargner cet argent, arrivé à Beyrouth, il réserve une chambre dans un hôtel pendant deux semaines et consomme de l'héroïne jusqu'à dépenser toute la somme .

Edgard finit par être arrêté par la police et il a été emprisonné pour abus de drogue et trafic, et n'a quitté la prison qu'après un an et demi. Il dit que son emprisonnement était injuste parce qu'il n'a jamais été trafiquant.

Après la prison, il est resté quelque temps sobre, mais ce sentiment d'impuissance et d'incapacité financière le fait rechuter dans la drogue. Sa petite amie le quitte, et il ne lui reste que le traitement de sa toxicomanie, d'où sa décision de suivre le programme de prise en charge à Oum el Nour .

b- Dynamique familiale

Dès sa naissance, l'ambiance à la maison était pleine de cris et d'expressions de colère. Dans la famille, il n'y avait pas de communication, surtout avec le père.

La mère, il la voit tendre mais insupportable en même temps. C'est une femme ordonnée et minutieuse, qui est toujours en état d'anxiété extrême. Edgard exprime clairement : « Je ne supportais pas sa dévalorisation à mon égard ». Elle était violente depuis sa naissance, et elle le frappait sévèrement et l'humiliait, mais en même temps, elle s'occupait beaucoup de lui. Cette attitude ambivalente de la mère l'a affaibli, il doute de lui, de ses pensées et de ses affects .

La sœur est « *l'homme de la maison* », selon les dires de la mère. Depuis sa naissance, la mère commence à comparer Edgard à sa sœur lui transmettant une image négative de lui, comme s'il était un échec par rapport à elle, ce qui l'a poussé à développer une grande jalousie envers elle, et ce qui a évidemment accentué sa mauvaise estime de soi .

D'après le FAT, la mère se voit le centre de la famille, (planche 17), elle est anxieuse et dépressive (planche 18). Quant au père il se voit agressif (planche 3), absent et castré et n'a pas de rôle dans les décisions. Les disputes et l'adoption de la punition comme mode éducationnel (planche 1), poussent Edgard à adopter une attitude de désengagement (planche 14).

D'après le TAT, le père semble créer chez Edgard une angoisse, c'est pourquoi il l'a éliminé de sa relation œdipienne et a pris sa place dans cette relation. La relation mère- fils se trouve fusionnelle, voire incestueuse. C'est le désir de remplacer le père au sein de la relation triangulaire.

De plus, le TAT révèle que, face à la castration qui est reconnue, Edgard régresse vers un fonctionnement obsessionnel, avec une certaine dévalorisation et un affect dépressif. Le conflit entre les pulsions agressives et l'instance surmoïque rigide est omniprésent. Edgard tend à ne pas s'impliquer dans le conflit, ses défenses obsessionnelles empêchent tout effondrement dépressif dû à une défaillance narcissique qui se caractérise par la dévalorisation du moi et la dépendance aux objets externes, qui est mise en avant pour pallier les défaillances de l'intériorisation des objets internes, qui restent à minima .

c- Les comportements addictifs et les maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Dans la famille du père, tous boivent beaucoup. Le père a consommé de la drogue pendant sa jeunesse, il buvait beaucoup et suivait les femmes, mais il a arrêté après son mariage. Son oncle boit beaucoup et il est joueur de poker et coureur de jupons, sa femme le quitte et

divorce. Son cousin maternel est alcoolique. Le père et la sœur sont obèses. Son grand-père maternel était un grand fumeur, il fumait trois boîtes de cigarettes par jour .

La mère aussi est une grande fumeuse, c'est un bourreau de travail, elle souffre d'insomnie. Aussi elle souffre d'un trouble obsessionnel compulsif, c'est une obsédée de la propreté.

Dans la famille de la mère, tous sont nerveux et ils perdent leur contrôle. Tous prennent des antidépresseurs et des anxiolytiques. Le grand-père maternel était paranoïaque et il ne permettait pas à ses filles de continuer leurs études de peur qu'elles ne fréquentent des jeunes hommes, et il ne leur permettait pas de sortir. La cousine était une malade psychique, et elle est décédée à l'âge de 40 ans .

Quant à lui, à côté de sa toxicomanie et son addiction au sexe, il dit qu'il aime toutes les activités à risque. Pour Edgard, l'addiction à la drogue comble le vide laissé par le manque, la souffrance de l'être en manque. Cette mise en danger permanente du toxicomane, fait paradoxalement partie de la recherche d'un manque que la drogue vient remplir. Ce manque soudainement promu comme nouvel objet de désir entraîne une souffrance qui représente pour lui une preuve de son existence, au prix d'une déchéance volontaire.

d- Les mandats des liens transgénérationnels

La mère a vécu dans une famille conservatrice et son père était paranoïaque, tout était interdit chez eux. Paradoxalement, ce père trompait sa femme et amenait ses maîtresses à la maison. La rigidité et la paranoïa du père et cette ambivalence des normes ont engendré une angoisse intolérable au sein de la famille. La mère d'Edgard s'est mariée pour fuir son père.

La mère d'Edgard ressent beaucoup de rancune envers son père. De plus, elle porte en elle une angoisse liée aux pulsions de morts dans laquelle elle a baigné pendant la guerre quand ses frères étaient combattants avec les forces chrétiennes et l'un d'eux a été gravement blessé. Un amalgame d'angoisse transmis à Edgard inévitablement .

Le père est né dans la Bekaa au sein d'une famille nombreuse d'origine palestinienne. Dans un langage transgénérationnel, le déplacement, la perte, la séparation et la calamité palestinienne, ne peuvent être que de sérieux éléments inconsciemment transmis à Edgard. Plus encore, les oncles paternels ont escroqué et ont volé l'héritage du père. La grand-mère paternelle, forte de personnalité, a castré symboliquement le père d'Edgard, ce qui explique sa soumission et sa passivité.

Synthèse

Une mère rigide, obsessionnelle et omnipotente, et un père presque absent, cela place Edgard dans une dynamique instable où le déséquilibre dans les liens familiaux se trouve flagrant.

Edgard, qui a sucé son doigt jusqu'à l'âge de treize ans et qui ne dormait pas sans toucher quelque chose en tissu, garde toujours dans sa main un « objet transitionnel » un tissu qu'il frotte. Cela nous rappelle que parmi les différentes caractéristiques de l'objet transitionnel, selon Winnicott (1969), il y a la notion essentielle d'objet créé-trouvé et l'objet qui « dégage l'enfant du besoin de la mère elle-même », devenant « plus important qu'elle ».

Les parents d'Edgard ont vécu les événements traumatiques de la guerre libanaise. Son père et ses oncles paternels et maternels ont participé activement aux batailles, où l'oncle maternel puis son fils, ont été gravement blessés. La mort était toujours là. Envisager la mort d'un des siens durant cette guerre, imaginer la détresse des survivants, étaient des idées intolérables dont on devait pourtant admettre l'éventualité.

S'ajoute dans le vécu transgénérationnel d'Edgard, l'angoisse d'anéantissement qu'il porte en lui qui est étayée par le déplacement et l'histoire morbide de la Palestine, pays d'origine de la famille paternelle, dont l'histoire devrait être marquée par des événements traumatiques non élaborés. Ces derniers qui surviennent aux générations antérieures continuent d'agir et de se répéter par-delà le temps.

10- Julien : L'empreinte du transgénérationnel sur le corps

a- Anamnèse

Julien, né en 1992, est l'aîné dans une fratrie de deux garçons et une fille. Il est chrétien catholique et son niveau socio-économique est moyen. Son niveau d'éducation est universitaire, celui des parents aussi. Julien n'a pas de profession fixe.

Il a commencé à consommer de la drogue à l'âge de treize ans. Commençant par l'alcool et le haschich, puis le tramal, le rivotril, l'extase et le LSD, il s'adonne enfin à l'héroïne. Il n'a pas de casier judiciaire. Il réside à Oum el Nour depuis dix mois pour une première prise en charge institutionnelle .

La mère de Julien était enceinte de lui lorsque son père fut arrêté et emprisonné en Syrie dans des conditions traumatisantes. Elle a enduré durant sa grossesse, avant le retour de son mari de la souffrance et de la torture.

Julien est né dans des conditions difficiles et il était hyperactif durant son enfance. Sa mère, qui était très exigeante et sévère, traitait cette hyperactivité par les coups et la violence.

A l'école, Julien a réussi les premières années, mais son niveau a reculé lorsqu'il a été atteint de sclérose en plaque. A douze ans, il a subi une opération exigeant qu'il demeure trois mois à l'hôpital puis trois mois à la maison. Cette opération lui a causé des cicatrices et des déformations physiques et a limité la croissance de ses os. Sur ce, il est resté petit de taille. Il n'a pas pu surmonter ce problème et il a perdu toute confiance en soi. Il eut peur d'aller à la plage de crainte que les gens ne voient ses cicatrices qu'il n'a arrivait pas à oublier leur existence sur son corps qu'avec la prise de drogue, selon ses dires, qui a débuté à treize ans, peu après l'opération .

Julien a changé neuf écoles jusqu'à obtenir difficilement son baccalauréat. Il s'est engouffré dans l'héroïne après quelques temps suite à un trauma affectif : il était en relation amoureuse avec une fille pendant cinq ans, quand celle-ci lui révèle qu'elle avait couché avec huit jeunes hommes de ses amis. Il n'a pas pu supporter le choc, il s'est replié sur lui-même et s'est adonné complètement à l'héroïne. Et pour pouvoir se la procurer il a volé ses parents et son grand-père aussi. Julien raconte : « *J'ai pris de la maison de mon grand-père toutes les pièces d'armes dont le prix est estimé à 34.000\$ pour les donner aux trafiquants. J'étais fier de moi* ». Par cet acte tenterait-il de posséder le phallus du grand-père qui détient le pouvoir, l'argent et la loyauté de la mère ? En tout cas, cet acte a provoqué un énorme problème familial et par conséquent, le grand-père a déshérité la mère et a coupé tout contact avec elle et sa famille.

b- La rencontre avec la drogue

« *Je cherchais l'addiction avant de commencer à m'adonner à la drogue.* » C'est de cette manière que Julien décrit sa rencontre avec la drogue. La drogue le fascinait et il trouvait en elle une compagne qui le rendait fort, « pas faible comme mon père ». Il dit qu'il avait besoin d'une personne pour s'y identifier autre que son père qu'il trouve castré.

A treize ans, il s'est trouvé dans une soirée avec des amis et il a bu trop d'alcool. Un ami qu'il considérait comme un modèle à suivre lui demanda de faire la connaissance d'une fille et d'essayer de coucher avec elle. Pour avoir le courage de le faire, il lui donna une cigarette de haschich, et en effet, il a pu coucher avec elle .

Il s'est habitué par la suite au haschich et le fumait de temps en temps jusqu'à l'école secondaire où il le fumait quotidiennement et il avalait toutes sortes de pilules. Il disait durant cette période qu'il pouvait s'adonner à toute drogue à l'exception de l'héroïne jusqu'au jour où il a vécu la perte de sa petite amie et la trahison de ses amis .

Après des années où il a été complètement consommé par l'héroïne, il a été convaincu d'entamer un processus de cure à Oum el Nour.

c- La dynamique familiale

La dynamique dans le système familial de Julien se voit clairement problématique. On voit une mère très puissante, castratrice qui est mariée à un homme qui a une faible personnalité. Elle le voit impuissant et transmet cette image de son mari à ses enfants. Elle exerce tout pouvoir et le reste de la famille se classe en deuxième position. Julien décrit son père comme un frère, il est soumis à l'autorité de sa femme, comme à une mère, qui lui crie dessus tout le temps. Par peur de s'identifier au père castré, Julien a décidé de choisir la drogue comme outil magique pour se sentir plus puissant .

Dans le protocole de FAT, l'index général de dysfonctionnement est élevé et l'absence de conflit est peu fréquente suggérant l'existence d'un conflit non résolu à l'intérieur de la famille.

Julien dit que sa mère voulait tout le temps le dominer, le moduler à sa volonté. Elle lui interdisait d'exprimer ses sentiments. Julien pensait qu'elle ne l'aimait pas parce qu'elle lui refusait tout constamment .

Il décrit sa relation à son père comme plus facile, il est comme un frère, et essaye de jouer le rôle du père affectueux, mais sans autorité, vu qu'il a été privé de son père qui mourut avant sa naissance .Cela a permis à Julien d'exploiter son père et de le manipuler, lui qui est, selon ses dires, aussi trompeur que sa mère .

Dans le test du TAT, on remarque une intensité de la défaillance narcissique et sa prévalence tout au long du protocole. Et dans la relation aux figures parentales, une survalorisation de l'image paternelle est révélée, une culpabilité à l'égard de la mère et une dévalorisation de l'image féminine.

L'analyse du protocole du FAT suggère que les parents ne sont pas capables d'organiser la dynamique familiale. L'inversion des rôles parentaux crée chez Julien un sentiment d'ambivalence envers leurs attitudes au sein de la famille. Les difficultés d'adaptation et

d'engagement devant un système castrateur augmente la souffrance intérieure de Julien et ne trouve que l'abus de substance pour créer son monde imaginaire face à la dépression et au sentiment d'impuissance.

d- Comportements addictifs et maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

L'oncle paternel s'adonne à l'alcool et au jeu pathologique. Le grand-père paternel était joueur et fréquentait les femmes et trompait son épouse. Le grand-père maternel était lui aussi coureur de jupons. L'arrière-grand-père maternel était un grand joueur pathologique. L'oncle de sa mère est joueur aussi. La mère fume beaucoup.

Dans la famille du père, il y a beaucoup de maladies cardiaques, et le grand-père paternel mourut suite à un accident vasculaire cérébral à l'âge de 28 ans lorsque le père de Julien était encore dans le ventre de sa mère.

e- Relation au corps et à la mort

La relation de Julien à la mort a commencé quand il a été dans le ventre de sa mère, lorsque son père a été enlevé et torturé dans les prisons syriennes, où la probabilité de s'en sortir était généralement trop faible. Un traumatisme, un rendez-vous avec la mort qui se répète d'une génération à une autre vu que le grand-père paternel est mort quand le père de Julien était dans le ventre de sa mère.

Et la sclérose en plaque peut résumer la relation de Julien à son corps : elle l'a frappé à l'âge de la puberté (12 ans) et après six mois de souffrance entre l'hôpital et la maison, elle a laissé ses traces sur ce corps pubère, cicatrisé et déformé, et a limité la croissance de ses os, ce qui l'a laissé petit de taille, dans un corps d'enfant qui a peur de grandir parce que, dans cette famille, grandir peut signifier mourir.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Plusieurs aspects semblent conquérir le transgénérationnel dans la famille de Julien: les femmes castratrices et les hommes impuissants. La perte du phallus est aussi symbolisée par la perte de biens qui est présente dans la famille maternelle comme paternelle. Les deux parents sont issus de familles riches qui ont perdu leurs fortunes dans des circonstances différentes, et semblent toutes les deux ne pas avoir fait le deuil de leurs biens et n'arrêtent pas de parler de leur historique glorieux.

Dans la famille du père, de grandes pulsions de mort règnent. Le père a été éduqué par une mère qui ressemblait à sa femme : violente et castratrice. Elle l'a rendu orphelin quand le père est mort à vingt-huit ans, et puis l'a mis dans un pensionnat jusqu'à dix-huit ans.

L'arrière-grand-père était un « Imam » musulman et vivait à Damas et avait des responsabilités dans l'empire ottoman de l'époque. Le grand-père s'est converti à la chrétienté pour se marier avec sa grand-mère chrétienne et a quitté pour le Liban. Le père a vécu une ambiguïté identitaire, est-il musulman ou chrétien ? Essayant de confirmer son christianisme, il est rentré au couvent pour être prêtre (la version chrétienne de l'imam musulman) mais pour quitter plus tard afin de se marier (comme son père qui a quitté sa religion et son pays pour se marier). Est-il syrien ou libanais ? Pour prouver son appartenance au Liban, il a combattu avec les forces libanaises, mais pour être ensuite détenu par l'armée syrienne où on l'a amené dans les prisons de la Syrie, là où il devait mourir (un retour à la terre-mère).

Le grand-père est décédé à vingt-huit ans laissant un fils dans le ventre de sa femme, et le père allait mourir presque au même âge laissant son fils dans le ventre de sa femme. Pour arrêter cette destinée Julien s'est attiré la sclérose en plaque qui l'a laissé dans un corps de petit garçon, qui ne grandit pas et donc ne meurt pas et ne laissant pas son fils dans le ventre de sa femme.

Synthèse

Enfant hyperactif, Julien est à la recherche d'une place qu'il ne trouve pas, il est dans l'abandon d'un vide relationnel. Par son hyperactivité, il fait face à la mort, parce que « bouger est un moyen de résister aux tentatives de conformation que l'enfant soit sage comme une image, immobile et déjà mort subjectivement ». (Durif-Varembont, 2007).

D'une manière ou d'une autre, Julien porte l'empreinte des traumatismes de ses parents et arrière parents, ce qui forme symptôme sous l'emprise de la répétition. Il porte, à son insu, une mémoire lacunaire qui pèse lourdement sur son destin. Cette mémoire prend la forme de symptômes et constitue l'arrière-fond, l'origine ou le matériau de sa pathologie psychosomatique et addictive. Dans son hyperactivité, sa sclérose en plaque et son addiction ressurgissent les fantômes du passé.

II- Les jeunes filles

1- Madona : La fille barbue et le retour du martyr

a- Anamnèse

Madona, née en 1984, est célibataire et l'aînée de deux frères, elle est célibataire. Elle est chrétienne-maronite d'un niveau socio-économique moyen. Son niveau d'éducation est universitaire, celui du père et de la mère aussi. Elle est comptable, ses deux parents sont enseignants. Elle commence son addiction à l'âge de dix-sept ans par la consommation de lexotanil pour passer au haschisch et à l'alcool, puis au tramal et le rivotril pour arriver à l'héroïne. Elle réside à Oum et Nour depuis onze mois et c'est sa deuxième prise en charge institutionnelle .

Lorsque Madona est née elle pleurait beaucoup, elle refusait le sein maternel et vomissait tous les jours, selon les dire de la mère. Elle était aussi hyperactive, boudeuse et hypersensible. La mère dit « J'ai commencé à endurer dès sa naissance. ».

Le père dit être déçu d'avoir eu une fille parce qu'il attendait avec impatience la naissance d'un garçon pour lui donner le prénom de son frère assassiné devant ses yeux pendant la guerre libanaise. Il avoue avoir été agressif avec toute sa famille et surtout Madona .

A l'école, Madona était brave mais pas bien dans sa peau, elle avait eu beaucoup d'ennuis à cause de problèmes hormonaux avec des conséquences néfastes sur son apparence, la poussée de poils sur son corps et son visage. Elle est devenue très vulnérable. Les camarades se moquaient d'elle et de son physique, et lui disaient « *as-tu oublié de te raser aujourd'hui ?* »

Madona dit qu'elle était une enfant négligée par sa mère et battue par son père. De plus, elle a été harcelée sexuellement par plusieurs personnes : à commencer par le grand-père paternel qui la touchait et l'embrassait sur la bouche, elle dit que les parents n'ont pas réagi quand elle leur a raconté ce que faisait le grand-père. Aussi un ami de son père l'a harcelée sexuellement ainsi qu'un instituteur qui lui donnait des leçons particulières, et dans les deux cas ses parents l'ont grondée, quand elle leur a raconté ce qui s'est passé, parce qu'elle devait être plus stricte avec eux, suggérant que c'est elle qui le voulait. Puis, c'était le chauffeur de l'autocar de l'école qui la touchait pendant des années. Elle exprime qu'une partie d'elle acceptait ses attouchements parce que quelqu'un s'intéressait à elle et pouvait la protéger du harcèlement psychologique des autres élèves .

A onze ans, elle commence à déprimer et à avoir peur des gens et de l'école. Elle voulait rester seule pour fuir le regard des autres.

b- La rencontre avec la drogue

Madona commence l'addiction avec le lexotanil pour apaiser son anxiété, puis elle consomme du tramal et de la rivotril pour une longue durée. En parallèle elle était dépendante à l'alcool et au haschisch. Quand son frère cadet a eu un cancer elle plonge dans la drogue dure, voire l'héroïne. Ses parents ont pris conscience de son état quand elle eut vingt et un ans, après quatre ans de son addiction à l'héroïne.

c- La dynamique familiale

« *C'était une maison volcan* » exprime Madona. Elle trouve la relation de ses parents trop perturbée, et elle raconte que son père trompait sa mère et que quand il se fâchait, il quittait la maison et ne revenait qu'après des jours .

Le lien de confiance qui est défaillant dans le couple parental, se répercute sur toute la dynamique familiale, induisant un manque de stabilité et de sentiment de sécurité au niveau familial.

C'est seulement maintenant, elle raconte, que leur relation s'est améliorée relativement après avoir pris conscience de l'addiction et aussi après que son frère cadet a eu un cancer. Il n'y a que la maladie et l'addiction qui ont pu rapprocher le couple parental.

Elle décrit sa relation avec son frère cadet comme étant très affectueuse, il était celui qui l'aimait et qui essayait de la protéger contre ses parents. Son frère était un repère, un pilier et une béquille qui lui redonne confiance en soi. Il est perçu par Madona comme son tuteur de résilience car il est capable de créer une niche affective qui lui permettrait de mieux élaborer mentalement ses tensions inconscientes et de se reconstruire psychiquement.

Quant à sa mère, Madona raconte qu'elle était une belle femme qui donnait beaucoup d'importance à son apparence, elle n'a pas été la mère contenante dont elle avait besoin. Elle lui disait qu'elle ne pouvait pas la supporter parce qu'elle ressemblait à son père et qu'elle boudait toujours.

D'après le protocole TAT, la rivalité au sein de la relation mère-fille est évoquée avec une certaine angoisse de séparation. Aussi une image maternelle surprotectrice est révélée, ce qui réactive une ambivalence dans les sentiments envers cette image. Madona semble capable de s'identifier au rôle féminin et maternel, mais en même temps éprouve une difficulté

d'investissement libidinal envers ces imagos. On trouve de même un mouvement régressif vers une imago maternelle archaïque effrayante, agressive et destructrice.

Dans le FAT, une seule coalition mère-enfant se trouve face au père castrateur. Mais cette coalition se trouve insuffisante pour assurer la sécurité de Madona et la protéger, car on trouve un certain conflit avec la mère qui est “neutre” (planche 11) et qui “ne défend pas ses enfants” (planche 18) et “qui ne s'intéresse qu'à elle-même” (planche 17).

A noter que la mère de Madona n'a parlé dans l'entretien que du mal de sa fille, de sa souffrance avec elle dans son enfance difficile, de son caractère émotionnel et obsessionnel, et comment elle s'accroche à des personnes ou à des choses et s'y attache pour une période de temps puis elle change. En fait, elle a passé plus de temps à raconter l'histoire de la maladie de son fils cadet que de parler de la problématique de sa fille.

Quant au père, il est décrit par Madona comme un mélange d'amour et de haine. Il était dépressif, violent, très sévère et intolérant. Il frappait sa femme et ses enfants à tort et à travers comme s'il avait une colère incontrôlable qu'il devait projeter sur quelqu'un. Sa violence était surtout dirigée vers Madona, parce qu'elle est née fille et pas garçon. De plus, il est absent affectivement et il fuit son rôle de parent en s'investissant dans le travail .

Madona voit que les regards de son père envers elle lui transmet le message suivant : “tu es une femme, mais une putain”. Elle ne peut oublier, comme elle dit, comment il l'a culpabilisée et l'a rendue responsable des harcèlements qu'elle a subis dans son enfance. De plus, Madona voit dans son père un homme sexuel et dit que ça la dégoûte. Elle observe de près son portable pour voir avec quelle femme il parle.

A noter que dans son génogramme, en essayant de dessiner une ligne pour joindre son père à sa mère afin de tracer sa propre famille (le couple parental et les trois enfants), elle se trompe et trace une ligne allant du nom du père pour arriver à son propre nom, comme si elle désire inconsciemment être en couple avec lui, une répétition du désir de sa mère d'être en couple avec son propre père .

D'ailleurs, d'après le protocole du TAT, un rapproché libidinal envers le père est révélé, en même temps Madona évoque une image paternelle agressive, avec un sentiment de culpabilité et de dévalorisation. Elle montre une agressivité à l'égard de cette image paternelle, mais les défenses souples mettent l'accent sur le relationnel sans permettre pour autant un développement et une résolution des conflits .

D'après le FAT, Madonna par son comportement auto-agressif et son besoin de se faire souffrir, cherche à s'égaliser à la figure du père à qui elle désire plaire aussi bien qu'elle voudrait s'identifier à lui.

d- Comportements addictifs et maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le grand-père paternel de Madonna pariait aux courses de chevaux, ses deux frères étaient alcooliques pour une période de temps et son oncle maternel était dépendant à la cocaïne et à l'alcool. Madonna, elle-même est diagnostiquée bipolaire ainsi que sa tante maternelle, et elle pense que son père est bipolaire aussi, mais il n'a pas accepté de se soigner, et son cousin est autiste.

e- Relation au corps et à la mort

Madonna a passé des années à s'automutiler, en se coupant les bras avec un cutter, en se tapant la tête contre le mur et le sol, et en faisant éteindre les cigarettes dans sa main. Le vide de langage dans sa vie trouvait une échappatoire dans son comportement auto-agressif, et ce corps désiré masculin et refusé féminin subissait les châtements pas seulement du père qui le frappait et de la mère qui le regardait avec dégoût, mais aussi de Madonna elle-même qui le punissait parce qu'il a trahi les rêves du retour de l'oncle martyr.

D'ailleurs, le TAT à la planche 3BM évoque une auto-agressivité sans possibilité de dégageant, ce qui confirme la présence d'un affect dépressif qui suscite une émergence des processus primaires et qui révèle une angoisse en relation avec l'image corporelle .

f- Les mandats des liens transgénérationnels

La mère de Madonna, "un enfant parentifié", a vécu dans une famille pauvre, et sa mère qu'elle n'aimait pas était une femme dure avec elle et non contenante. Elle était l'aînée dans une fratrie de sept enfants et sa mère lui a donné son propre rôle pour s'occuper de ses frères et sœurs. Elle était amoureuse de son père qui est décédé tôt, et s'est mariée avec un homme dont elle était l'aînée de sept ans et qui la maltraitait, peut-être pour rester fidèle à son père bien aimé et ne pas le trahir avec un homme qui lui ressemble.

A l'image de sa propre mère, loin de la contenance maternelle, la mère de Madonna la maltraitait comme fille aînée. Et Madonna, attachée toujours fantasmatiquement à un regard affectif de son père, est tombée amoureuse d'un jeune homme qui est son cadet de sept ans aussi, pour répéter la vie de sa mère mais dans une version modifiée.

Le père de Madona a vécu dans une famille dysfonctionnelle. Son père était autoritaire et avare, et sa mère était froide et n'exprimait pas ses sentiments, elle était aussi avare que son mari. Le père lui avait interdit d'étudier le génie et l'obligea à se contenter d'étudier les mathématiques. De plus, il a vécu toute la guerre libanaise sur les lignes de démarcation et était militant dans un parti qui défendait la cause chrétienne à l'époque. Les obus et les tirs venaient de toutes parts. Et alors qu'il était avec son frère cadet en première ligne de bataille, tous les deux ont été blessés, le frère a saigné jusqu'à la mort il avait vingt et un ans. «*Il ne fallait pas ouvrir le centre militaire dans lequel j'étais un militaire responsable.*» Il dit en pleurant avec beaucoup d'émotions, lui qui paraît tellement rationnel dans son discours. Il ressent beaucoup de culpabilité face au décès de son frère, le « Martyre » selon ses dires, confirmant que le deuil est toujours inachevé. Cette perte est pour lui très traumatique, au point qu'il voulait refaire vivre son frère après sa mort, au moins symboliquement, en donnant vie à un fils qui portera son nom, ce qui fait qu'il a refusé sa fille aînée Madona, et il s'est vengé d'elle et l'a toujours agressée parce qu'elle était la cause de sa déception. A noter que le père de Madona n'a pas évoqué dans son génogramme ni sa femme ni sa fille. Une scotomisation du genre féminin de sa famille, comme s'il ne veut pas leur donner de place affective et émotionnelle dans sa vie, lui qui a vécu avec une mère qui ne lui a pas donné suffisamment d'amour pour le renvoyer à sa femme et sa fille.

Après Madona, est né le fils attendu à qui on a donné le nom de l'oncle « Martyre ». Ce fils, qui était la personne la plus contenant avec Madona, peut-être à cause d'une culpabilité inconsciente d'être lui-même le bébé attendu tandis qu'elle, était la fille rejetée. Mais il semble que la mission de prendre sur lui le rôle du « Martyre » idéalisé s'avérait trop lourde. Il est tombé dans l'alcoolisme et puis il a eu un cancer. Le cancer a servi de tournant dans la vie de toute la famille. Le père, qui fait une dépression, devient pieux et cesse d'exprimer sa violence envers les membres de sa famille. Madona plonge dans son addiction à l'héroïne, pour fuir la catastrophe ou peut-être pour prendre sur elle la mission du « Martyre » qu'elle était censée prendre si elle était née garçon. De toute façon, le corps de Madona a exprimé nettement le désir de son père d'être un corps masculin en se couvrant de poils pendant son enfance et son adolescence. Le fantôme du « Martyre », le poids de la mort et de l'autodestruction gouverne la famille pendant des années.

Synthèse

Le rejet de Madona par sa mère et son père à cause du décalage entre l'enfant désiré et l'enfant réel a fait que la place centrale de son Moi, désertée par ces affects primaires violents, devienne une place vide et l'angoisse de ce vide intérieur fait l'objet de sa souffrance essentielle qu'elle a essayé de remplir par la drogue.

Le père, qui a échappé à la mort dans le champ de bataille mais qui a été témoin de l'assassinat de son frère cadet, a développé un sentiment de culpabilité pour s'en être sorti. Comment pouvoir survivre à un tel traumatisme ? Le travail de deuil est rendu difficile, il semble qu'il n'a jamais pu échapper aux pensées pénibles qui le préoccupent et il s'en donne des représentations émotionnelles sous la forme de colère inexplicable, que Madona fut la victime principale.

Se droguer et s'auto-agresser pour Madona reflétaient le vide de langage dans sa vie, une façon de s'auto-punir d'avoir trahi le rêve du retour du martyr, qui portait l'espoir d'une fin probable d'un deuil lourd et impossible.

Face au secret incompréhensible, lié à la blessure vis-à-vis de laquelle elle n'a pas pu prendre un recul suffisant, elle n'avait d'autre choix que de retourner sa colère contre soi, dans des conduites autodestructrices.

Dans la famille de Madona, le passé et le présent sont restés mélangés.

2- Matilde : La femme qui porte les traits du disparu

a- Anamnèse

Matilde née en 1980 est mariée et a une fille de quatorze ans. Elle est la cadette dans une fratrie de trois enfants : deux filles et un garçon. Elle est chrétienne catholique, d'une famille de niveau socio-économique moyen. Son père est d'origine française mais il est né et il a vécu au Liban et sa mère est libanaise mais de mère polonaise. Matilde a fait deux ans d'études universitaires, son père a le bac et sa mère le brevet alors que son mari a un diplôme universitaire. Elle est employée dans une société de publicité.

Matilde commence son addiction à l'âge de dix-sept ans, avec le haschisch et l'alcool, puis commence à prendre le stilnox pour pouvoir dormir, et finit par consommer le tramal et l'héroïne. C'est son 12eme mois de sa deuxième réhabilitation à Oum El Nour. Elle a essayé plusieurs désintoxications, psychothérapies, suivis psychiatriques, et deux réhabilitations. Toutefois, elle n'a pas de poursuite judiciaire.

Les parents admettent avoir été déçus à sa naissance parce qu'ils voulaient un garçon. A à peine quelque mois elle fait une hernie, et le médecin dit aux parents qu'elle ne devrait pas pleurer, alors ils ont été obligés de tout lui faire et tout de suite.

Elle dit « je trouve que je suis parfois incapable de confronter la réalité et de prendre la responsabilité de mes actes, je perds la motivation facilement et j'ai une intolérance à la frustration ».

A l'école, elle était très brave mais elle n'était pas un enfant heureux. A la naissance de son frère à neuf ans, elle faisait des crises de jalousie et elle se sentait délaissée. Pendant son adolescence elle ressentait un sentiment de vide.

Le rejet de sa mère, l'impulsivité de son père et les déplacements durant la guerre pour la France sont des facteurs qui ont beaucoup affecté Matilde. Egalement, à l'âge de dix-sept ans elle tombe amoureuse d'un garçon qui la viole.

Matilde révèle que la seule période de sa vie où elle a été vraiment heureuse et active, c'est quand elle était enceinte de sa fille. Elle dit « Je ne voulais pas accoucher. J'ai beaucoup aimé ce sentiment d'être avec quelqu'un 24 heures sur 24 ». Un amour dans la fusion/dépendance et non pas dans la séparation. Mais suite à un accident de voiture avec sa fille où elle était sous l'effet de la drogue, sa fille ne lui a jamais pardonné. Aujourd'hui sa fille refuse de l'appeler "maman" ou de l'enlacer.

b- La rencontre avec la drogue

« *J'ai orienté ma colère comme d'habitude sur moi-même* » dit Matilde. Suite à l'épisode du viol, elle commence la consommation du stilnox pour dormir car elle n'y arrivait plus. Elle exprime qu'elle ressentait de l'euphorie qui durait une heure de temps qui était suivie par une sensation de calme qui lui permettait de dormir. Mais elle a dû accroître la dose jour après jour pour retrouver les mêmes effets. A dix-huit ans, elle rencontre un homme de trente-cinq ans, c'est un héroïnomanie de qui elle tombe amoureuse et commence son addiction à l'héroïne. Après deux ans, il la quitte. Elle ne trouve plus un moyen de se procurer la substance, alors elle la remplace par un substitut qui est le tramal et elle recommence la consommation du stilnox. Simultanément elle se marie et elle devient mère. Durant ce temps elle arrête l'abus pour un bout de temps et elle s'appuie sur l'alcool. Mais Matilde découvre après quatre ans de mariage, que son mari qui ne couche que rarement avec elle, sortait avec d'autres femmes y compris des amies intimes à elle. Cette vérité l'a poussée à retomber de

nouveau dans la toxicomanie et à avaler soixante comprimés par jour de tramal et de stilnox. Elle dit qu'elle s'est prostituée des années en faisant des "blow Jobs" à des hommes qu'elle rencontre dans la rue pour avoir l'argent nécessaire pour acheter la drogue.

c- La dynamique familiale

Matilde exprime que ses parents ne l'enlaçaient pas quand elle était petite et qu'elle vit depuis son enfance une angoisse d'abandon. Elle révèle avoir des rêves récurrents d'elle en train de tuer sa mère et d'épouser son père. Une reproduction claire du complexe d'Œdipe et de ses désirs incestueux et interdits.

Matilde exprime une souffrance liée au favoritisme de ses parents pour sa fratrie (elle était l'enfant le moins aimé). Jusqu'à présent elle dit avoir du mal à trouver sa place dans la famille . Un conflit vis-à-vis de l'image maternelle est exprimé dans le TAT ; l'image maternelle est une image surmoïque. Pourtant elle se caractérise par une certaine flexibilité. L'image maternelle archaïque semble être une image mortifère pour Matilde (défaillante et non contenant). Le récit révèle un mouvement régressif vers une image maternelle prégénitale dangereuse et même persécutrice.

D'autre part, Matilde était toujours en manque du vrai père, dit-t-elle. Elle a souffert aussi d'un sentiment d'insécurité due à l'impulsivité de son père. « C'est un homme-enfant, et moi aussi je suis comme lui une femme-enfant » décrit-elle. Mathilde était possessive avec son père et elle l'accusait de tromper sa mère avec d'autres femmes.

D'après le protocole du TAT, le désir envers le père est vécu en éloignant la mère et en prenant sa place dans la planche 2. L'image masculine est arrogante et dominante et les désirs incestueux sont toujours présents, avec des défenses hystériques.

Les parents ne savaient pas qu'elle s'était adonnée à la drogue pendant une longue période. De ce fait le désinvestissement est clair. D'après le TAT, une intense angoisse d'abandon est exprimée par Matilde et d'après le FAT, le système éducatif de la famille est basé sur la violence verbale et physique ainsi que sur les problèmes conjugaux sans fin. Les parents sont chacun dans son monde, ils sont impuissants et ils n'aident pas leurs enfants, d'où l'isolation de Matilde. De ce fait, le système familial était incapable de protéger les enfants.

d- Comportements addictifs et maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le père était dépendant à l'alcool. Les deux tantes suivent un traitement pour la dépression, et le mari de Matilde est lui aussi sous traitement d'un antidépresseur et d'un anxiolytique. La grand-mère paternelle était épileptique. Une cousine paternelle souffre de dépression chronique. Un cousin paternel avait des problèmes psychiques et s'est suicidé jeune. Une tante paternelle a la polio et elle est dépressive (des tentatives de suicides). Une tante maternelle était trisomique, elle est décédée jeune. Le grand-père maternel a souffert du « vieillissement du cerveau » avant sa mort. La grand-mère maternelle est décrite comme paranoïaque. Une des cousines maternelles est toxicomane et violente alors que sa sœur est obèse et paranoïaque.

La famille est donc chargée de maladies psychiques et psychosomatiques ainsi que de conduites addictives, qui reflètent une histoire longue chargée de violence, de séparation et de déracinement.

e- Relation au corps et à la mort

Pendant son adolescence Matilde raconte qu'elle a commencé à s'automutiler, une pratique qui présente une solution temporaire lui permettant de survivre à la détresse qui la submerge, ou peut-être constitue une façon de se sentir vivante.

De plus, Matilde a été violée à dix-sept ans par l'homme qu'elle a aimé, ce qui a ouvert la voie à une dévalorisation du corps, et a facilité l'accès à la prostitution que Matilde a pratiqué pendant un temps afin de se procurer la drogue.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Le père de Matilde est d'origine française et la mère d'origine italienne. Ils se sont rencontrés au Liban. La famille du père vivait pendant la guerre sur les lignes de démarcation.

Le père de Matilde disait toujours « chez nous en France » et « chez vous au Liban ». Pourtant, il n'a jamais connu ses proches français et italiens.

La mère de Matilde est l'aînée d'une fratrie de sept enfants, son père était un homme paresseux et sévère. Sa mère était une polonaise qui avait fui les camps de concentration pendant la deuxième guerre mondiale, elle a été témoin de l'assassinat de son mari et a vécu la séparation de ses parents et la perte de tout contact avec ses membres. Une femme traumatisée de la guerre, de la violence des camps de concentration, de la persécution, de la séparation, de

la perte et l'arrachement à la terre et à la famille, c'est ce que cette grand-mère, décrite comme paranoïaque, a pu transmettre à ses descendants.

Plus encore, la mère de Matilde et sa sœur n'ont eu l'identité qu'après le mariage de leurs parents des années après leurs naissances, cause de honte dans la société libanaise. Les frères de la mère sont entrés dans les partis et ont combattu durant la guerre après s'être déplacés de la région 'musulmane' à la région 'chrétienne'. Deux des oncles maternels sont morts jeunes, un autre oncle a émigré au Canada sans jamais revenir.

Un disparu a été occulté du récit de la mère et n'a pas été mentionné dans son génogramme, mais révélé par Matilde, c'est le frère de la mère qui a été kidnappé, il avait vingt ans, durant la guerre libanaise, il n'est jamais rentré. La famille l'attend toujours. « Depuis longtemps on ne parle plus de lui dans la famille », dit Matilde, un déni de sa disparition. Seulement la grand-mère parlait de lui et disait à Matilde : « Tu lui ressembles beaucoup physiquement et psychiquement ». Matilde ajoute : « Je pense toujours à lui et je rêve souvent qu'il est revenu. En fait, J'attends toujours son retour ».

Synthèse

Face à la castration, la solitude et la perte d'objet, Matilde tend à se dévaloriser, ce qui signale la présence d'un pôle narcissique défaillant.

De plus, l'on trouve clairement des mandats des liens transgénérationnels, une implication de la transmission inconsciente des conflits et des sources de tant de troubles : De la persécution, des détachements, des déracinements, des morts précoces, des disparitions, des cancers, des maladies psychiques, des divorces, des guerres, de la paranoïa, et de la toxicomanie, tout cela vient hanter la génération des petits-enfants.

Le drame survenu dans les générations précédentes déclenche des « Mal-a-dit » et des deuils inachevés. La famille de Matilde continue à vivre dans le passé, qui s'exprime par des débordements émotionnels, qui se manifestent par des symptômes divers.

Le destin d'un disparu est tragique puisqu'il ne peut être, pour ses proches, ni vivant ni mort et que son deuil reste ainsi suspendu. Matilde, à qui est transmis ce deuil suspendu, se voit comme une incarnation de l'oncle disparu, un lourd fardeau de souffrance et d'attente d'un retour qui a trop tardé. Sa toxicomanie peut-elle alléger la douleur de l'attente ?

3- Patricia : L'héritage du rejet, de mère à fille

a- Anamnèse

Patricia est née en 1989, elle est célibataire, la plus jeune d'une fratrie de trois filles. Elle est chrétienne orthodoxe et de niveau socio-économique moyen- supérieure. Son père est du sud du Liban et sa mère qui est d'origine arménienne, est née et a vécu à Beyrouth jusqu'à son départ en Suisse après son mariage. Patricia est née en Suisse où elle résidait avant sa rentrée au centre de réhabilitation à Oum el Nour. Elle détient le baccalauréat comme sa mère, tandis que le père possède un diplôme universitaire. Elle travaille comme secrétaire, son père est banquier et sa mère est propriétaire d'un restaurant .

Patricia commence la consommation de la drogue à l'âge de treize ans. Cependant les drogues consommées sont le haschich, l'alcool, la cocaïne et l'héroïne. Elle est prise en charge pour la première fois à Oum El Nour depuis douze mois .

Patricia est une enfant non désirée et rejetée à la naissance. Elle dit que sa mère l'a refusée quand elle est née fille et ne l'a pas vue pendant trois jours après sa naissance parce qu'elle voulait un garçon, comme d'ailleurs ce qu'a fait sa grand-mère quand la mère est née. Cette dernière était aussi la plus jeune dans une fratrie de trois filles, ce qui révèle un syndrome de répétition de la mère à la fille.

Dans son enfance, elle était une fille intelligente avec de bonnes notes à l'école, aimée et populaire. Elle n'était pas satisfaite de son physique parce que la couleur de sa peau est foncée et son nez était déformé à cause d'un accident, mais elle a fait ensuite une rhinoplastie qui lui a rendu relativement la confiance en soi. Mais, avec le temps, elle est devenue agressive et a perdu son intérêt pour les études.

b- La rencontre avec la drogue et choix de l'héroïne

Elle a commencé à boire à l'âge de trois ans. Ses parents lui racontent qu'elle ouvrait le frigo et buvait de l'alcool .

A douze ans elle a commencé à fumer du tabac et à treize ans du haschisch et à boire de l'alcool pour être acceptée parmi ses camarades de classe. Une amie d'école l'a influencée pour commencer à prendre de la cocaïne. A dix-huit ans elle tombe amoureuse d'un jeune homme qui consommait l'héroïne. Elle a vécu avec lui où elle était exploitée sexuellement et initiée à l'héroïne. Après une année il l'a quittée et l'a laissée plonger dans le monde de l'héroïne, et elle a fait plusieurs overdoses .

Ses parents ont pris connaissance de sa toxicomanie il y a quatre ans à cause de la bizarrerie de son comportement. Depuis, elle a fait plusieurs cures de désintoxication. Mais même à la maison, elle trouvait des moyens pour se procurer de la drogue. Patricia exprime « J'ai consommé la drogue mais aussi les capacités financières et la santé de mon père. Et j'ai volé ma mère à plusieurs reprises. » Elle révèle un sentiment clair de culpabilité face à son addiction .

Enfin, convaincue d'arrêter l'abus et de changer sa vie, ses parents l'ont amenée dans un centre de réhabilitation en Suisse, mais elle préfère venir dans son pays d'origine. Elle dit ressentir le sentiment d'appartenance affective au Liban, et la présence de la famille de son père la rassure.

c- La dynamique familiale

Dans son génogramme Patricia a consacré 70% du papier à la famille du père et 30% à la famille de la mère. Son nom vient en premier au-dessous du nom de la mère suivi au plus bas et progressivement par celui de sa sœur aînée et celui de sa sœur cadette. Elle n'a laissé aucune place au couple parental .

En famille un manque d'élaboration linguistique existe . Cependant, Il y avait une agression verbale de la part des parents envers Patricia, qui est devenue elle aussi très agressive à cause de la drogue. Patricia n'a pas appris à élaborer mentalement et sainement pour communiquer ses pensées aux autres, mais au contraire, selon ses dires, elle refoule ses sentiments et pour s'en dégager, l'abus de substance était un moyen de décharge. Elle a toujours vécu un vide affectif dans sa famille, dit-t-elle .

La mère affirme dans l'entretien que « Son addiction nous a unis mon mari et moi, il a commencé à être plus présent et plus impliqué dans nos soucis ». Donc, l'addiction de Patricia a réussi à attirer l'attention et l'intérêt de son père d'une part et à répondre aux désirs inconscients de sa mère d'autre part .

La mère se décrit comme une personne forte de l'extérieur, mais blessée et faible de l'intérieur. Elle traitait ses enfants avec agressivité et elle leur infligeait des sanctions. Maintenant elle exprime ses remords pour avoir été aussi dure pendant leur enfance, et ajoute : « Je suis actuellement en dépression et je vois un psychologue à Genève. J'ai peur de mon rôle en tant que mère quand Patricia reviendra vivre avec nous ». Le père révèle dans son génogramme « Patricia pour moi c'est la fille qui me ressemble beaucoup

physiquement, ce qui ne plait pas à sa mère. Elle était la moins aimée de sa mère, ce qui l'a rendue vulnérable et difficile ».

D'après le TAT, la relation à l'image maternelle est abordée dans un versant négatif. La représentation du couple mère-fille suscite une certaine angoisse et la relation dangereuse avec l'image maternelle est contrôlée à travers l'isolation (Planche 7GF). De plus, la relation avec la mère est abordée dans un versant conflictuel et l'image maternelle paraît surmoïque et exigeante (Planche 9GF). La réponse à la planche 11 induit un mouvement régressif mettant au jour des problématiques prégénitales qui peuvent référer à une imago maternelle archaïque qui sollicite une très grande angoisse signalant en même temps une relation dangereuse à une mère archaïque.

Le père de Patricia était toujours absent, Patricia le décrit comme étant introverti et en retrait. Leur relation était pour longtemps froide et agressive, mais maintenant son père est devenu plus proche, ce qui manque encore pour elle c'est de le voir exprimer son affection. D'après le TAT, l'image masculine est une image séductrice et négative (Planche 6GF) et l'agressivité à l'égard de l'image paternelle est bien exprimée. Cette image semble être absente et la relation au père semble défailante, celui-ci apparaissant comme dépourvu de son autorité ce qui prive Patricia de repères identificatoires stables et rassurants. Cependant, l'œdipe est à son apogée, et le désir envers le père est fort.

D'après le FAT, il existe un conflit non résolu à l'intérieur de la famille. Plus encore, la dynamique familiale mène au mépris des parents, ce qui aboutit à la non-adhésion des enfants aux limites imposées par ces derniers. Les parents sont perçus comme générateurs de stress et le fonctionnement avec le monde extérieur est clos. Vis-à-vis de ses parents et de leurs mécontentes, Patricia se voit d'une part impuissante face aux problèmes du couple, alors elle prend une attitude d'indifférence et de désengagement avec des sentiments d'impuissance et d'échec, et d'autre part, elle se considère en fusion avec le système familial surtout que la famille agit de façon dysfonctionnelle. Elle refoule une agressivité intense et ressent des anxiétés envers le monde extérieur perçu comme persécuteur.

d- Les comportements addictifs et les maladies psychiques dans la famille

Le père a dépensé beaucoup d'argent au poker, il boit deux verres d'alcool tous les jours et quand il était plus jeune il était alcoolique, ce qui l'a poussé à aller en Arabie Saoudite pour arrêter de boire. Actuellement, il est un bourreau de travail. La mère fume, elle prend des

calmants et des antidépresseurs depuis des années, elle souffre de fibromyalgie. La tante a une polyarthrite. Deux de ses cousins sont héroïnomanes et ont été au centre d'Oum el Nour pour une réhabilitation. La sœur cadette a pris de la marijuana. L'oncle paternel boit tous les jours de l'alcool. L'oncle du père était alcoolique et est mort tôt, il avait environ trente ans, dans un accident de voiture à cause de l'alcool. Dans la famille d'origine paternelle, la maison était toujours pleine d'amis et ils avaient l'habitude de boire un verre tous les soirs pour le loisir.

e- La relation à son corps et à la mort

Patricia n'a jamais accepté son physique durant son enfance ni son adolescence parce qu'elle dit qu'elle ressemble beaucoup à son père et que sa mère le trouvait moche. L'on se demande si sa toxicomanie est une forme de vengeance d'un corps que la mère a refusé ? L'autodestruction qu'elle a pratiquée en s'injectant l'héroïne dans ses veines l'a conduite à flirter avec la mort en faisant plusieurs tentatives de suicide avec des overdoses.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Le père vient d'une famille du sud du Liban. L'aîné dans une fratrie de huit enfants, Il a vécu dans une ambiance pieuse mais trop sévère. Il raconte que son père frappait la mère devant eux. La violence et l'agressivité gouvernaient la dynamique familiale où la communication et le dialogue étaient remplacés par un passage à l'acte violent. A ajouter la guerre et ses conséquences, ce qui l'a poussé à quitter le Liban à 22 ans et s'est déplacé d'un pays à l'autre pour s'installer à la fin en Suisse avec sa femme et ses filles. Donc, en plus de la violence pendant l'enfance et l'adolescence la vie du père était régie de beaucoup d'instabilité.

La mort est parvenue tôt chez plusieurs membres de la famille et les deuils semblent restés inachevés : Son père est mort à cinquante ans, son oncle est mort à environ le même âge. Le décès traumatisant d'un oncle (idéalisé) à trente ans dans un accident de voiture n'a pas été dépassé encore par la famille entière (il a pleuré en parlant de lui comme si l'accident vient d'avoir lieu), sa mère qui n'a pas pu supporter la disparition de son fils est morte juste après lui.

La mère de Patricia révèle que ses grands-parents maternels ont survécu au génocide arménien avec toutes ses séquelles. De plus, elle a subi le même rejet de la part de sa propre mère à sa naissance après deux filles comme avec Patricia. La mort dans sa famille n'était pas moins douloureuse que chez celle de son mari : La tante maternelle a été tuée par les soldats français à dix ans par accident. Le grand-père, qui n'a pas supporté la mort de sa fille, tombe

dans une dépression puis meurt. L'oncle maternel, qui la harcelait sexuellement à l'âge de dix ans, est mort jeune en Mexique dans des circonstances mystérieuses, et des rumeurs disent que c'est sa femme qui l'a tué. Une de ses sœurs est psychotique, elle s'est mariée avec un homme violent qui la frappait, et elle est restée vierge jusqu'à son divorce. Elle est sous traitement médicamenteux depuis des années.

Tous les secrets de ces morts précoces, leurs traumatismes, leurs tâches inachevées ont un effet préjudiciable sur la vie des descendants et souvent, les problèmes non résolus et les tâches inachevées devront être repris par certains descendants. Dans la catégorie des « tâches inachevées » nous trouvons une bonne place aux maladies psychiques et aux conduites addictives.

Synthèse

Patricia souffre d'une angoisse archaïque mettant en jeu la perte d'objet. En conséquence de cette relation défaillante à l'objet primaire, Patricia trouve une difficulté à structurer ses objets internes et externes et à tisser des relations avec eux. Ce contexte relationnel primaire ne répond pas de façon adéquate à la satisfaction de ses besoins. Ses assises narcissiques précoces sont compromises et développent une sensibilité particulière à l'environnement au détriment de l'investissement d'un espace psychique.

Plus encore, face à la fragilité des figures parentales, le travail de séparation psychique chez elle se trouve compromis.

De même, les souffrances et les dysfonctionnements de Patricia sont le résultat de traumatismes restés non-dits et non digérés, et de deuils non faits : le génocide arménien dont les arrières parents maternels ont été victimes, la violence dans la vie de son père, l'instabilité de l'habitat, le décès prématuré de plusieurs membres de la famille, l'abus sexuel non digéré de la mère, l'exil loin du pays d'origine, etc. Ses difficultés psychiques sont à la base d'un lien défectueux, tout autant avec ses proches, ses parents, ses ancêtres et l'univers qui l'entoure.

4- Josette : Le poids lourd de l'œdipe

a. Anamnèse

Josette est prise en charge à Oum El Nour pour la seconde fois. La première fois qui a eu lieu à l'âge de dix-sept ans, a été sous la pression de ses parents. Elle dit qu'elle n'était toujours pas assouvie de la drogue. Cependant, cette fois elle est arrivée convaincue.

Josette est née en 1990, elle est célibataire, chrétienne maronite, fille unique de ses parents. Sa famille est aisée et elle vit à Beyrouth. Elle a fait un bac technique, or son père et sa mère ont fait des études universitaires. Josette n'a jamais travaillé.

Elle commence la consommation de la drogue à l'âge de quinze ans. Elle a consommé le haschisch, l'alcool, la cocaïne, le free base, le tramal, le cristal mais sa passion principale était l'héroïne .

Josette est née en France, et à l'âge d'un an, ses parents divorcent. Son père l'emmène au Liban et sa mère reste en France. Le père trompait la mère qui a commencé elle aussi à le tromper avec l'un de ses amis. Le père a essayé de ramener la mère au Liban pour qu'elle soit proche de sa fille, mais en vain .

Josette a vécu avec son père, son grand-père et sa tante. A l'âge de cinq ans, elle perd sa tante qui était son substitut maternel. Ensuite le père a engagé des gouvernantes qui étaient sévères et rigides avec elle.

Durant toute la période de l'addiction, Josette sort avec des hommes plus âgés et de manière compulsive, elle dit qu'elle cherchait des hommes différents de son père, ceux qui offraient l'amour mais ces hommes ne voulaient que des rapports sexuels. A l'âge de quinze ans, elle perd sa virginité et elle subit par la suite cinq avortements qui l'ont beaucoup fait souffrir.

b. La rencontre avec la drogue

A l'âge de douze ans Josette a déjà été initiée par la mère, elle lui donnait de lexotanil pour dormir. A l'époque, Josette se demandait déjà quelle sensation vit sa mère en prenant ces médicaments. Elle développe ainsi une curiosité précoce envers les substances et leurs effets . L'incident répété par Josette dans son discours est lorsque son père à l'âge de quatorze ans, voyage subitement sans même lui dire et ne revient qu'après deux ans. Il ne fait aucun effort pour rester en contact avec sa fille. Pendant cette période elle s'attache à un jeune homme plus âgé qu'elle, et elle lui donne le rôle de père dans sa vie. Avec lui elle commence à fumer le haschisch, à prendre les médicaments détournés de leur usage, surtout le tramal, et à boire de l'alcool. Cet homme était violent avec elle, elle tombe enceinte de lui et elle avorte deux fois. L'avortement lui a donné le sentiment d'être dure et criminelle.

Après deux ans, elle quitte ce jeune homme et elle entre profondément dans les drogues, après avoir fait la connaissance d'un dealer qui lui donnait de la cocaïne, du free base puis du tramal et du cristal. Mais il l'empêchait de prendre de l'héroïne.

A l'âge de dix-sept ans, elle rentre dans une nouvelle relation et continue à consommer différentes drogues avec son nouveau petit-ami (cristal, hachich, alcool...). Elle fuit la maison de son père pour vivre avec lui. Le père la suivait partout pour la ramener à la maison, mais elle s'échappait toujours. Pour sauver sa fille, le père dénonce le jeune homme à la police et l'accuse d'être trafiquant de drogue, et il a été condamné à un an de prison.

Peu après, elle s'est attachée à un autre jeune homme avec qui elle consommait le haschisch et l'alcool. Il l'aimait et il voulait l'aider. Mais elle est sortie avec d'autres hommes simultanément, et elle a continué à consommer du tramal. Les parents de ce jeune ont eu peur qu'elle le conduise aux drogues et ils l'ont convaincu de la quitter. Il s'est soumis à eux et elle a dû revivre l'abandon.

Josette ne commence à consommer de l'héroïne qu'après avoir terminé sa première réhabilitation, quand elle fait la connaissance d'un jeune héroïnomane qu'elle voulait aider à en sortir, tout en pensant qu'elle était suffisamment forte. Quand elle goûte à l'héroïne par curiosité, petit à petit elle devient totalement dépendante pendant deux ans.

L'on remarque clairement que la consommation de drogues s'est faite toujours en relation avec des hommes. Les relations sont l'une à la suite de l'autre, elle n'est jamais seule, incapable de l'être. Des relations sexuelles d'abus et de soumission. Un masochisme résultant d'une culpabilité face à ce désir œdipien incestuel. Les drogues sont une échappatoire mais aussi un moyen de rester dans la dépendance fantasmatique au père qu'elle rejette et qu'elle aime simultanément .

c. La dynamique familiale

A l'âge d'un an, après le divorce de ses parents, sa mère est restée loin d'elle. Par conséquent, leur relation s'est totalement coupée jusqu'à l'âge de sept ans. Une mère qui la responsabilise et la blâme de son addiction aux anxiolytiques. De même, Josette exprime que sa mère est jalouse d'elle. Une rivalité consciente entre la mère et la fille est déjà perçue dans le discours. Actuellement, la mère ne travaille pas, elle ne sort pas de la maison. Elle est déprimée. Josette pense que sa mère ne l'aime pas, elle évoque un sentiment de vide lié à une mère absente, et éprouve de la colère envers elle .

Josette affirme : « Les désirs affectifs et sexuels de ma mère étaient plus importants que son affection pour moi, et le shopping est plus important pour elle que de passer du temps avec sa

filles. Quand mon père a divorcé d'elle, elle lui a dit de tout prendre, même sa fille, et de lui rendre seulement ses vêtements de grandes marques ».

Josette se voit objet et non sujet d'amour aux yeux de la mère. D'où le pôle narcissisme défaillant et l'image féminine dévalorisée .

L'angoisse de Josette est reliée à une problématique d'abandon et de perte d'objet, révèle le TAT. Un sentiment de culpabilité est éprouvé face à la problématique identificatoire et relationnelle avec la mère. L'image maternelle semble absente, faible et même victime de cette image paternelle-prédateur.

Depuis sa petite enfance le père est décrit comme lointain. Elle n'a jamais pu lui exprimer ses sentiments. Josette se percevait comme une de ses femmes et pas sa fille. Elle dit qu'il était toujours le centre d'attention dans les contextes sociaux. Elle a très peur de son père et se doute d'un abus sexuel durant son enfance. Josette a des sentiments ambivalents vis-à-vis de lui. Elle le déteste et en même temps elle a peur qu'il ne meure. Quand elle était petite, elle l'adorait et elle le voulait à elle seule. Mais après, surtout à l'adolescence, elle a commencé à le haïr. Elle sent que son père est dépendant au sexe ; il n'arrête pas de regarder des films pornos et de marcher à moitié nu à la maison. Elle sent que si un jour il manque de femme il pourra coucher avec elle.

Le TAT montre une mauvaise image paternelle, perverse et agressive d'où la relation hétérosexuelle qui est dans le versant négatif, et l'image masculine au sein de cette relation est une image négative aussi. Face à l'image masculine Josette tend à se dévaloriser et éprouve une certaine soumission.

Josette se décrit comme bouc émissaire de la famille mais cherche à trouver un sens à sa vie. La mère jalouse d'elle, le père ne pense qu'à lui-même et à ses femmes. Elle ne trouve pas sa place ni chez son père ni chez sa mère.

Elle dit « Mon père est un obsédé sexuel, et ma mère est toujours loin, même si elle est toute proche de moi ». Josette pense qu'elle doit elle-même comprendre et contenir sa mère et pas l'inverse, ce qui est difficile à assumer.

d. Les comportements addictifs et les maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

La mère est dépendante depuis dix ans aux calmants, et elle est anorexique. Le père ainsi que le grand-père paternel sont dépendants du poker et des femmes. Dans la famille de la mère, il

y a beaucoup de problèmes d'anorexie et d'obésité, ils consomment tous des antidépresseurs et des anxiolytiques de façon addictive.

Josette répète ses angoisses concernant la vie sexuelle addictive de son père. Elle parle avec émotion des hurlements des femmes avec qui il couchait et qu'elle a commencé à entendre très tôt, des films pornos qui encombrèrent la chambre du père, de son laptop où elle découvrait des photos de lui avec des femmes et avec des hommes dans des positions perverses, de sa nudité à la maison, car souvent il marchait à moitié nu et parfois en état d'érection, son organe sortant de sa culotte. Quand il l'embrasse, elle a peur, et quand il met sa main sur son cou, elle se demande s'il s'excite et s'il va se masturber. Elle doute d'un abus sexuel, d'un inceste quand elle était très jeune mais dont elle ne se souvient pas. Elle exprime que le fantôme de son père la poursuit toujours, et pense qu'il veut peut-être l'enfermer dans un hôpital psychiatrique pour qu'elle n'ait pas de relation avec d'autres hommes.

e- Les mandats des liens transgénérationnels

Le père a vécu dans une famille riche. Le grand-père était un leader politique et leur maison était ouverte à tous. La grand-mère était une femme vigoureuse et habile. Il était son enfant gâté et il l'est resté jusqu'à sa mort. Il avait un frère aîné qui était l'enfant modèle, tandis que lui, il était le corrompu, le difficile et le nerveux qui trouvait beaucoup de difficulté dans ses études. Il a participé à la guerre comme combattant ainsi que son frère. Il a confronté le danger plusieurs fois et a perdu beaucoup de ses amis dans les combats.

La mort inattendue de sa mère à quarante ans, dans un accident de voiture, a bouleversé sa vie. Il a commencé à blâmer son propre père pour tout ce qui se passait avec lui. Josette croit que si sa grand-mère n'était pas décédée leur vie aurait beaucoup changé.

La mère de Josette a vécu aussi dans une famille aisée qui donnait beaucoup d'importance à l'apparence. Elle travaillait dans le domaine de la mode. Son grand-père maternel, décrit comme bon et aimable, est décédé tôt d'un cancer quand sa mère avait quinze ans. Quant à la grand-mère maternelle, elle est décrite comme sévère et réservée.

La mère de Josette a subi la violence affective de sa mère qui était très dure avec elle surtout parce qu'elle était la préférée de son père, dont le décès lui était difficile à surmonter.

Pendant la guerre, la mère vivait chez ses parents sur les lignes de démarcation où ils ont subi les bombardements et ont été obligés de fuir vers des régions plus calmes. Ils ont vécu pendant quelques années en France où le couple parental s'est rencontré et où Josette est née.

On trouve que les deux parents, chacun de son côté, ont été attachés dans une relation œdipienne au parent du sexe opposé et ce parent est mort d'une façon dramatique, que ce soit dans un accident de voiture ou par le cancer à un âge jeune.

Les deuils non élaborés chez les deux parents présentent une souffrance cruelle et douloureuse, chacun d'eux a cherché sa façon d'éviter cette souffrance pour ne pas avoir à affronter la réalité trop dure de la mort, et Josette s'est perdue ne trouvant pas sa place dans la vie de ses deux parents.

Synthèse

Dans le cas de Josette, une instabilité émotionnelle est clairement perçue. Son histoire est marquée par un manque profond de signes d'amour et de compréhension dans son enfance de la part des objets parentaux, par une défaillance de ses objets dans leur fonction de confirmation narcissique.

Les défaillances de la contenance de la mère comme objet primaire n'ont pas permis à Josette l'accès à un moi individuel différencié. La mère est elle-même dans la souffrance, ce qui l'a rendue indisponible pour accueillir les vécus primitifs de Josette. Plus tard, Josette en errance d'une contenance cherchera inlassablement un objet capable de recevoir ces parties étrangères, « non moi », en s'adressant à tout objet susceptible de recevoir de tels éléments ou de compléter ses manques narcissiques, d'où sa recherche du produit toxique. L'objet héroïne vient combler un besoin primordial ou relayer les défaillances internes liées au vécu d'une absence de l'objet primaire.

De plus, le manque de chasteté du père envers Josette la met dans une situation de peur, de culpabilité et d'ambiguïté sur sa vraie place en l'absence de la fonction maternelle. En fait, autant que le fantasme du désir incestueux pour le père est structurant pour la féminité de la fille, autant qu'il est ravageant pour sa libido s'il vient à se réaliser, même si cela se fait d'une façon indirecte comme dans le cas de Josette, qui a le sentiment d'être une victime déshumanisée de son père. Dès lors, porter le nom de cet homme qui vit sa sexualité d'une manière crue devant sa fille, bravant la loi dont il était le représentant, met Josette dans une situation embarrassante, cherchant à le fuir dans une errance à la recherche d'un substitut paternel qui donne amour et sécurité, pour ne trouver que des abuseurs.

5- Yolande : L'addiction de mère à fille

a- Anamnèse

Yolande est née en 1986, elle est divorcée et a une fille. Elle est la plus jeune d'une fratrie de deux filles et un garçon, et d'une famille chrétienne maronite de niveau socio-économique moyen. Elle détient un diplôme universitaire, son père et sa mère ont le brevet. Yolande est enseignante, son père travaillait dans le commerce ainsi que sa mère.

Elle commence à se droguer à l'âge de seize ans. Elle a consommé la drogue pendant une durée de onze ans débutant par le Haschich, puis la cocaïne, le tramal, la Free base, la kétamine et enfin l'héroïne.

Elle est prise en charge pour la première fois à Oum el Nour depuis cinq mois. Elle a été arrêtée dans un pays de Golf où elle résidait avec son mari pour consommation de drogue et a été expulsée du pays, ce qui fait qu'elle a quitté sa fille avec son père qui lui a interdit toute communication avec elle. Elle s'est adonnée depuis son retour au Liban à l'héroïne. Sa mère consomme à son tour la cocaïne depuis vingt ans .

La mère est tombée enceinte de Yolande involontairement, elle ne voulait plus d'enfants à l'époque. Durant la grossesse, ils ont cru à travers une échographie qu'elle était un garçon et l'ont appelée Georges. La mère racontait à Yolande qu'elle était enceinte de jumeaux, et qu'elle a étouffé son frère jumeau dans son ventre, ce qui l'a beaucoup culpabilisée.

A l'école, elle n'était pas une brave élève, mais son niveau s'est amélioré à l'université. Elle exprime que sa mère ne s'intéressait pas à ses études. Quant à son père, il ne se mêlait pas de sa vie, mais elle découvre son affection plus tard dans sa vie.

A l'âge de dix ans, un voisin qui avait vingt ans a abusé d'elle sexuellement. Durant ses années d'adolescence, Yolande raconte que sa mère lui préparait une dose de cocaïne pour la snifer le matin. Elle épouse un homme anglais, qui s'adonnait à son tour à l'alcool et à la kétamine. Yolande n'a plus de nouvelles de sa fille âgée de quatre ans depuis deux ans. Son mari était indifférent à son égard et l'accusait de le tromper, ce qui était faux au départ. Mais elle l'a trompé ultérieurement avec l'un des voisins, et il a divorcé d'elle.

Quand elle était enceinte de sa fille de deux mois, elle visitait ses parents quand son père tombe de l'échelle et meurt sur le champ. A l'enterrement de son père, sa mère lui a donné de la cocaïne et en a pris elle-même puis elle lui propose qu'elle fasse un avortement en prétendant devant son mari qu'elle a perdu le fœtus en conséquence de sa tristesse. Mais elle n'a pas accepté.

Yolande essaye de masquer sa douleur causée par la violence de son mari, la séparation de sa fille, le décès subit de son père, l'attitude négative de sa mère et de son frère envers elle et l'indifférence de sa sœur. Elle aime donner l'impression qu'elle est forte et capable de surmonter ses difficultés.

b- Sa rencontre avec la drogue

Yolande commence à l'âge de seize ans à fumer le haschisch, et ensuite la cocaïne et le Tramal. Elle essaye de temps à autre d'arrêter mais en vain. Ensuite, elle s'est attachée à la Kétamine avec son mari. Enfin lorsqu'elle parvient à l'héroïne, elle décide de mettre fin à son addiction. Yolande raconte que sa mère cachait son addiction à l'entourage, comme si implicitement elle l'encourageait. De plus, elle la pousse à sortir avec un homme qui était plus âgé qu'elle de vingt ans et qui a collaboré à son tour à son addiction. A l'âge de dix-huit ans, son père a découvert son addiction. Elle dit qu'il a perdu la tête et lui a demandé de ne pas ressembler à sa mère. En fait, le père lui avoue qu'il avait aidé sa femme à se droguer durant la guerre, pour alléger ses douleurs en raison de sa maladie jusqu'à ce qu'elle fût devenue dépendante de la drogue.

c- La dynamique familiale

Lorsque Yolande avait treize ans, ses parents couchaient déjà chacun dans sa propre chambre, et se trompaient mutuellement. Chacun d'eux était au courant de la trahison de l'autre. Yolande a souffert d'un manque d'affection et la communication était perturbée dans la famille. Elle était incomprise et dévalorisée. Ses parents la sous-estimaient et elle les entendait dire qu'elle ne réussirait pas sa vie. Les membres de la famille n'avaient aucune vie sociale et les disputes entre les parents étaient le pain quotidien. De leur côté, sa sœur et son frère ne se souciaient pas d'elle. Après la mort subite de son père, la famille est devenue encore plus détachée, chacun de ses membres vit dans sa bulle.

D'après le TAT, Yolande éprouve une certaine angoisse d'abandon, une immaturité fonctionnelle et une auto-dévalorisation dans son rôle familial. L'affect dépressif est aussi présent mais elle essaie de s'en dégager.

Sa mère était constamment malade. Elle a souffert de sclérose en plaque et d'un cancer. Yolande la présente comme étant une femme bizarre, dépendante de la cocaïne, ne dort qu'à quatre heures du matin pour se réveiller à midi, ne faisant que boire du café, elle reste à la maison et ne communique avec les gens que par téléphone.

D'après le TAT, l'image maternelle intériorisée par Yolande est une image surmoïque, froide, dépourvue de sentiments, exigeante et agressive. De plus, elle perçoit l'image féminine comme une rivale et dans un versant négatif et conflictuel. La relation avec la mère est gérée par l'isolation de la part de Yolande qui maintient l'investissement de cette relation à minima. Son père était ambivalent envers elle, il était dur pourtant affectueux durant son enfance, il s'absentait souvent de la maison et était plongé dans des affaires louches. En fait, elle doute qu'il était trafiquant de drogue. Yolande nourrit ces doutes parce qu'il cherchait la cocaïne à sa mère. Il a travaillé dans une entreprise qui l'a accusé de vol avant d'être expulsé. Il jouait au poker et perdait au jeu des sommes exorbitantes. C'était un homme têtu et difficile, qui aimait se battre avec les autres. Il repoussait tout dialogue avec ses enfants.

D'après le TAT, Yolande a des désirs incestueux qui sont toujours vivants à l'égard de l'image paternelle et cela se couple à une agressivité probable à l'égard de cette image. L'image masculine est perçue comme une image séductrice et orgueilleuse. Son récit cache un thème incestueux père – enfant signalant un interdit de l'inceste non structural .

D'après le FAT, il existe un conflit extra-familial de niveau très élevé en plus du conflit conjugal et familial non résolu à l'intérieur de la famille. Cette famille fonctionne de manière fusionnelle mais sans communication, et la relation du couple s'avère conflictuelle. De plus, le FAT fait allusion à la négligence et à un abus de substance. Le système familial qui est générateur de stress met Yolande dans une attitude de dépendance et d'intolérance à la frustration.

d- Les comportements addictifs et maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

La mère de Yolande s'adonne à la cocaïne, son oncle à la cocaïne et au haschisch, son père était joueur pathologique, il consommait lui aussi de la drogue et était probablement dealer. Un de ses oncles maternels est alcoolique, joueur pathologique et coureur de jupons et l'oncle maternel le plus jeune se drogue. De plus, l'alcoolisme a tué son cousin maternel, son autre cousin s'adonnait au haschisch, et son ex-mari était alcoolique et s'adonnait à la kétamine .

Pour ce qui est des maladies dans la famille, sa mère a souffert de sclérose en plaques et de cancer, elle a des problèmes d'intestin et d'estomac et elle a passé beaucoup de temps à l'hôpital. Sa grand-mère paternelle prenait des antidépresseurs. Son grand-père maternel était cancéreux et est décédé tôt.

e- Les mandats des liens transgénérationnels

Le grand-père maternel qui était bon papa est mort d'un cancer quand la mère de Yolande avait seize ans ; c'est le grand frère qui a pris le rôle du père de famille. Ce dernier maltraitait ses deux sœurs, il était agressif avec elles, il ne leur permettait pas de sortir, en même temps il les harcelait sexuellement et il exerçait son exhibitionnisme sur elles. De même, la grand-mère maternelle ne donnait à ses filles aucune forme d'affection. La tante de Yolande, toujours célibataire, est restée victime du harcèlement de son frère jusqu'au mariage de ce dernier à l'âge de cinquante ans, alors que sa mère s'est enfuie en épousant son père, un homme difficile et bizarre .

La grand-mère maternelle, qui était une femme illettrée mais puissante, n'a jamais été tendre avec ses enfants. Yolande la décrit comme étant une femme dépourvue d'affection. La mère de Yolande s'est identifiée dans son attitude envers ses enfants, surtout les filles, à sa mère. Yolande n'a reçu aucune affection d'elle. De son côté, sans être consciente de ce fait, elle a été détachée de sa fille pour ne plus la voir ou même lui parler depuis deux ans.

Plus encore, la mère de Yolande a été empêchée par sa mère de dire adieu à son père mourant, et le deuil est resté inachevé. Elle a toujours été en manque d'affection à cause de l'attitude trop sévère de sa propre mère à qui, malheureusement, elle s'est identifiée dans sa relation à Yolande.

Yolande qui déteste sa mère, ne fait que s'identifier à elle, et les circonstances se répètent. Elle s'est adonnée comme elle à la drogue. Elle aussi n'a pas pu dire adieu à son père décédé subitement en tombant de l'échelle quand elle était en train de prendre le café avec lui et sa mère. Cette dernière l'a empêchée de faire son deuil, et voulait qu'elle avorte son fœtus comme si elle souhaitait accomplir son propre désir ancien de mettre fin à la vie de Yolande quand elle était enceinte d'elle. Yolande, sans vraiment le vouloir consciemment, a laissé sa fille pour ne plus pouvoir la voir .

Synthèse

Le contenu problématique du vécu de Yolande montre une grande défaillance dans la relation à l'objet primaire (déception de l'enfant- garçon fantasmé) et le dysfonctionnement au niveau des relations intrafamiliales perverses et négligentes. Le contenu de son vécu est riche en

addiction familiale, et en identification à l'agresseur dans le vécu transgénérationnel (carences affectives dans les relations mère/fille se répétant sur trois générations).

En fait, une mère ne peut porter l'enfant qu'en fonction de la manière dont elle a été portée, répétant en cela des traumatismes que sa propre mère a elle-même vécu et incorporé. Les interactions parents-enfants sont donc marquées par des inadéquations qui deviennent habituelles et s'insinuent ainsi à bas bruit de l'enfance à l'adolescence, ne devenant pathogènes que par l'effet de leur cumul, ouvrant sans doute la voie aux traumatismes chocs qui cherche une issue dans les conduites addictives.

Yolande, s'identifiant à sa mère défaillante dans sa fonction et elle-même toxicomane, échoue dans son projet de réparer son expérience infantile et son lien à un objet primaire défaillant. Elle a développé le fantasme d'être une mauvaise fille et donc une mauvaise mère, fantasme que la réalité vient confirmer. Elle semble être conduite à répéter, pour elle-même et pour sa fille, le manque crucial qu'elle a connu dans son enfance. La répétition de l'échec et du manque, produite par la faillite de la fonction de confirmation narcissique dans le passé, répète cette faillite dans le lien actuel parent-enfant .

6- Randa : Née avec le cordon ombilical serré autour du cou

a- Anamnèse

Randa est née en 1987, elle est célibataire. Elle est la troisième dans une fratrie de trois enfants, deux garçons (un frère et un demi-frère) et une fille. Elle est musulmane-sunnite d'une famille aisée du Nord du Liban. Randa a un diplôme universitaire en psychologie. Son père a atteint la classe de brevet alors que sa mère détient un diplôme universitaire aussi. Elle est enseignante dans une école. Le niveau socio-économique de sa famille est aisé. Randa commence la consommation de drogues à l'âge de quinze ans. Les drogues consommées sont le haschisch, la marijuana, le speed, le captagon, le tramal, l'ecstasy, la cocaïne, l'acide, la free base, la MDMA, le LSD, le cristal et l'héroïne. Elle souffre de cette addiction depuis douze ans. Elle réside pour la première fois à Oum el Nour depuis six mois. Elle n'a aucune poursuite judiciaire.

Randa était un enfant non désiré, sa mère a fait tout pour l'avorter, mais sans succès. Quand elle est née, le cordon ombilical était serré autour de son cou, et il y avait une possibilité que

l'une des deux, la mère et la fille, meurt. Cependant, le père dit au médecin qu'il voulait la mère et non pas la fille.

Elle avait un an et demi quand ses parents étaient obligés de quitter le pays pour un traitement médicamenteux du père et la laisser chez sa grand-mère, et quand ils sont revenus après trois semaines, elle agissait comme si elle ne les connaissait pas .

Elle dit que son enfance était heureuse et qu'elle était en bonne santé, mais elle se fracturait le bras ou le pied souvent. Elle a parlé tôt, elle était éloquente, proche du cœur, brave à l'école et confiante. Elle est devenue obèse à l'âge de douze ans. Elle a toujours aimé les aventures et les risques, elle s'est jetée dans l'eau avant d'apprendre à nager. Elle a vécu entre le Liban et l'Arabie Saoudite .

Enfant, le décès de sa tante paternelle l'a profondément marquée ainsi que la maladie d'Alzheimer attaquant son grand-père qui est mort plus tard. Les parents ont divorcé pour une période de temps, ce qui fait que la mère quitte la maison pour emmener les enfants avec elle . Le père de Randa tombait fréquemment malade quand elle était enfant. Il a souvent été admis à l'hôpital et a subi plusieurs opérations. Il souffrait récemment du cancer des poumons mais il en est guéri. Aussi, la mère est atteinte du cancer du sein lorsque Randa avait huit ans. Elle rentre au Liban pour se faire soigner demeurant des mois et laissant Randa avec une amie en Arabie Saoudite. Egalement elle a souffert depuis cinq ans du cancer des poumons et en est guérie après l'ablation d'une partie du poumon. Peu après, Randa commence à s'adonner à l'héroïne. Par la suite la mère a eu une tumeur dans le cerveau. Elle a été obligée à se soumettre de nouveau à la chimiothérapie. Randa avait toujours peur de perdre ses parents.

b- La rencontre avec la drogue

Randa commence à prendre du haschisch à l'âge de quinze ans à l'école en Arabie Saoudite. Ensuite elle passe aux pilules de speed et de captagon. Quand elle rentre au Liban pour continuer ses études universitaires, elle cherche des fumeurs de haschisch. Au fur et à mesure, elle découvre d'autres sortes de drogues telles que l'ecstasy, la cocaïne et le tramal. Elle a eu une relation avec une lesbienne qui lui a proposé de goûter à l'héroïne et elle a accepté. Elle a aimé la sensation malgré le fait qu'elle ait vomi. Ensuite, elle commence à fréquenter un médecin à l'université qui la traitait avec toutes sortes de violences : émotionnelle, verbale, physique, sexuelle et qui s'adonnait lui-même à la cocaïne et aux pilules de speed. Elle comptait sur lui pour lui passer des prescriptions médicales pour les pilules. Avec lui, elle

commence à s'adonner à l'héroïne sans qu'elle puisse s'en passer. Par conséquent, Randa a perdu son boulot, son argent et la confiance de sa famille .

Elle a fait trois overdoses et ses parents l'ont soutenue pour se faire admettre dans le centre pour une cure. Elle dit s'être engagée dans une relation d'amour/de haine avec l'héroïne jusqu'à ce qu'elle décide difficilement d'y renoncer, sans toutefois être totalement convaincue.

c- La dynamique familiale

Le mariage de ses parents est basé sur de l'amour. Il existe une alliance entre elle et son père d'une part, et entre sa mère et son frère d'autre part. La mère accorde une grande importance au paraître et aux dires des gens, Randa exprime. Elle entretient une bonne relation avec son frère, mais ils se disputaient beaucoup durant leur enfance. Elle essayait toujours de l'imiter. Quant à la relation avec sa mère, elle est difficile et elles ne s'entendent pas du tout. La mère est décrite par Randa comme très propre et organisée mais peu généreuse, du genre nerveux et réprobateur. D'après le TAT, un refus et une intense angoisse sont éprouvés face à une image maternelle surmoïque. Randa a recours à l'isolation pour aborder une potentielle dangereuse relation mère – fille. Ainsi l'image maternelle est une image dévalorisée et négative puisque l'amour et la tendresse semblent être absents au sein de cette relation, qui est plutôt conflictuelle.

Quant à la relation au père, elle dit entretenir une bonne relation avec lui car ils se ressemblent énormément. Randa décrit son père comme étant un homme qui a un bon cœur et très généreux, mais d'un tempérament volcanique. Il a excellé dans son travail mais a été exploité en raison de son bon cœur. Le père avoue avoir vécu le déni dans l'addiction de Randa malgré le fait qu'il rencontrait les symptômes, mais il ne les interprétait pas, jusqu'au jour où il l'a vue en état d'overdose. Il raconte : « *Je ne croyais pas qu'un jour j'allais me trouver à faire une respiration artificielle à ma fille qui a arrêté de respirer. Je me trouvais dans une lutte entre la mort et la vie dans le corps de ma fille. Elle est ma préférée, je faisais ce qu'elle voulait depuis sa petite enfance. Je croyais qu'il fallait donner des conseils à mes garçons, et que la fille n'en avait pas besoin. Mais il s'est avéré que je me suis trompé* ».

D'après le TAT, l'image masculine chez Randa paraît être une image séductrice. La dynamique familiale semble être non équilibrée où le père est faible et marginalisé et la mère dominante, qui règle le vécu familial, et où les rôles parentaux ne sont pas bien définis. D'après le FAT, le fonctionnement parental favorise le chantage affectif et permet le dépassement des règles et des lois (le père est permissif et la mère est autoritaire).

Randa montre un évitement de faire face aux problèmes et une impuissance à communiquer avec le monde extérieur, d'où ce cercle vicieux qui enferme la famille dans un mode relationnel ambivalent. Les parents ont des problèmes non résolus et des inquiétudes envers le monde extérieur et ils transmettent cette anxiété à leurs enfants qui réagissent eux même par un comportement d'évitement de l'anxiété menant à une fermeture au monde extérieur avec incapacité de confrontation.

d- Comportements addictifs et maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le père buvait de l'alcool et fumait le haschisch. Il est toujours un grand fumeur (quatre boîtes par jour malgré le cancer de poumon) et joueur de cartes, il a perdu des milliers de dollars à Las Vegas. La mère est une grande fumeuse aussi (trois boîtes par jour malgré le cancer de poumon aussi) et joueuse de cartes avec le père. La mère a été atteinte du cancer du sein, ensuite du cancer des poumons et plus tard d'une tumeur dans le cerveau. Le père a subi plusieurs opérations et tombe souvent malade. Il a été récemment atteint du cancer des poumons mais il en est guéri après avoir subi une opération et un traitement. La grand-mère maternelle qui est sous antidépresseur, est dépendance au shopping et elle joue au poker. La tante paternelle s'est suicidée, elle avait vingt-trois ans, après une dépression, et sa fille aussi a souffert d'une dépression et s'est suicidée, elle aussi, à l'âge de trente-trois ans .

e- Les mandats des liens transgénérationnels

Le père de Randa, qui était un fils unique dans une fratrie de cinq filles et un garçon, a perdu son père quand il avait douze ans. Son père le traitait sévèrement pour qu'il ne soit pas comme les filles. Après la mort du père il commence à faire l'école buissonnière et à agir comme un garçon des rues.

La mère de Randa raconte qu'elle a vécu la violence de la guerre à Beyrouth où elle continuait ses études universitaires. Son père a été atteint par un éclat d'obus. Aussi elle se souvient d'une explosion derrière leur maison qui a laissé beaucoup de morts. Et pendant la guerre un obus a visé la maison des voisins et a tué tous les membres de la famille. Encore, il y avait

beaucoup de mort subite dans la famille de la mère : A huit ans elle a perdu son grand-père qui vivait avec eux ; puis vient le décès de son oncle et de sa femme dans un crash d'avion, elle avait neuf ans. Ensuite, sa cousine est décédée jeune par le cancer, et son cousin aussi est décédé électrocuté. Encore, deux de ses oncles sont décédés jeune. La mère de Randa exprime avoir très peur de la mort et avoir toujours peur que quelqu'un soit enterré pendant qu'il est vivant .

D'autre part, le père de Randa est né après cinq filles et sa mère lui a donné un prénom arabe qui signifie « l'immortel » pour qu'il ne meure pas, car elle avait eu deux garçons avant lui, qui sont décédés après leur naissance. A l'âge de douze ans, il a perdu son père. La tante du père mourut à un jeune âge. Une de ses sœurs est décédée à cause du cancer et une autre sœur, qui était asthmatique et dépressive, s'est suicidée à l'âge de vingt-trois ans, et sa fille s'est suicidée plus tard, elle avait trente-trois ans .

Le père de Randa a encore vécu la guerre libanaise. Il existe deux évènements de guerre où il a failli être tué : Le premier était quand il a été kidnappé par des miliciens, l'un d'entre eux avait dit à l'autre : « tue-le » mais il fut sauvé à la dernière minute par une personne qu'il connaissait. L'autre incident fut quand il a été arrêté par les forces syriennes, et attendait qu'il soit envoyé dans les prisons syriennes connues pour être des plus violentes. Mais après quelques heures d'attente, quelqu'un est venu en disant qu'ils s'étaient trompés de nom. On le laisse partir.

Dans cette famille, des deux côtés paternel et maternel, les dépressions sont fréquentes, dont deux suicides accomplis, ainsi que les maladies psychosomatiques, dont les cancers de la mère et du père. On aperçoit aussi beaucoup de comportements de dépendance (haschisch, alcool, jeu pathologique, tabagisme...).

L'histoire familiale est encombrée d'évènements douloureux, de pathologies lourdes, de traumatismes de la guerre, des maladies graves et des morts subites des membres de la famille.

Synthèse

Randa commence son flirt avec la mort dès sa naissance. Elle avait le cordon ombilical serré autour du cou, et le médecin donne au père le choix entre sauver la vie de la mère ou celle de la fille.

Dans l'anamnèse des toxicomanes, Hoopper (1995) souligne qu'il a souvent aperçu la présence d'un risque fatal à la naissance, pour le toxicomane même ou pour la mère. Ainsi, quand, dès la prime enfance, la vie frôle de si peu la mort, faut-il s'étonner qu'à l'adolescence, moment où l'on engage sa subjectivité dans la vie, l'attrait de la mort soit aussi intense ?

Mais l'histoire de la mort commence bien avant la naissance de Randa. La grand-mère paternelle a perdu deux fils à leur naissance et quand le père de Randa est né elle lui a donné un prénom arabe qui signifie « l'immortel », une superstition qui donne à l'enfant une immunité contre la mort.

L'histoire familiale transgénérationnelle est encombrée par des morts précoces, des suicides, des maladies mortelles, des séparations, et des croisements avec la mort.

Pendant la guerre les deux parents, chacun de son côté, était à deux pas de la mort, mais ils ont été épargnés. De plus, les deux parents ont eu tous les deux le cancer à plusieurs reprises, mais ils continuent à mener une vie normale et à fumer d'une façon intensive. Ils me disent : « personne ne meurt avant son heure », une formation réactionnelle pour pouvoir affronter la peur de la mort, qui est toujours présente. D'ailleurs la mère de Randa exprime avoir très peur de la mort et avoir toujours peur que quelqu'un ne soit enterré vivant.

Quant à ses overdoses répétées de Randa, rappelons que la toxicomanie est un travail actif de la mort et de la jouissance. L'opération de la jouissance toxique se situe dans cet « au-delà du principe de plaisir », elle côtoie sans cesse la mort, dans un moment de triomphe illusoire sur le « manque ». Dans l'escalade mortifère vers laquelle Randa est prise, elle se trouve contrainte d'augmenter les sensations pour pouvoir continuer à se sentir exister, elle qui a côtoyé la mort avant sa naissance, quand la mère voulait l'avorter, ou bien lors de sa naissance étranglée par le cordon ombilical dont la fonction consiste, paradoxalement, à soutenir la vie. N'est-ce pas que la proximité de la mort expose le sujet à sa volonté de survie ?

7- Farah : Fille conçue par « malchance »

a. Anamnèse

Farah, née en 1991, est la plus jeune dans une fratrie de trois sœurs. Elle a aussi trois demi-frères et sœurs d'un deuxième mariage de son père après le divorce de ses parents. Sa mère s'est remariée mais sans enfants. Elle est musulmane sunnite et son niveau socio-économique est en dessous de la moyenne. Son niveau d'éducation est le brevet. Elle est vendeuse et ses

deux parents travaillent dans le commerce. Elle s'est mariée pour une courte période et a ensuite divorcé.

Les drogues qu'elle a consommées sont : le haschich, simo (sirop pour la toux), tramal, Lagaflexe, Risperdal, Free base, alcool, cocaïne et héroïne. Elle a été incarcérée une fois pour délit de consommation et trafic de drogue et est restée en prison huit mois. Elle réside au centre depuis six mois et c'est sa première prise en charge institutionnelle.

Farah est née en voiture pendant que sa mère était en route vers l'hôpital : le col de l'utérus s'était ouvert et la mère a fait une hémorragie. Sa mère ne voulait pas d'elle et elle est tombée enceinte de Farah par « malchance » selon ses dires. Elle était déjà éloignée de son mari qui la maltraitait et la frappait. Elle le décrit comme « insupportable, paranoïaque et doute de tout ».

Durant la grossesse, les problèmes conjugaux étaient intenses et la mère a voulu se débarrasser du bébé mais sans passage à l'acte. Elle avait pris connaissance qu'elle allait avoir une troisième fille mais l'a caché à son mari qui voulait un garçon à tout prix. La mère de Farah quitte la maison quand cette dernière avait l'âge d'un an. Farah a vécu beaucoup d'instabilité depuis son plus jeune âge. La mère dit que c'est l'enfant qui a payé le plus entre ses filles parce qu'elle était la plus jeune et qu'elle la voyait moins que ses sœurs. Elle a passé sa petite enfance chez sa grand-mère et les weekends chez sa mère. Elle était énurétique jusqu'à un âge avancé. Farah commence l'école tard à l'âge de cinq ans et n'était pas bien au niveau des études. Elle a eu un problème de relâchement dans ses yeux et a dû subir une opération à l'âge de dix ans. Le deuxième mariage de son père eut lieu quand elle avait sept ans, ce qui l'a beaucoup marquée. Elle a changé trois fois d'écoles et de maisons. Farah s'exprime en disant : « moi je restais toujours seule » pour montrer son manque de sentiment d'appartenance à sa famille. Elle se dit une personne agressive et têtue et qui ne supporte pas l'autorité.

a- La rencontre avec la drogue

Farah commence l'addiction à l'âge de dix-sept ans, quand elle a fait la connaissance de son ex-mari syrien qui l'a initiée à la drogue. Ce dernier était consommateur, trafiquant de drogue et voleur. Les deux ont été emprisonnés, sauf que Farah est sortie et lui est resté vu qu'il est trafiquant. Farah a commencé par le haschich et l'alcool, puis est passée progressivement d'une substance à une autre jusqu'à arriver à l'héroïne.

b- La dynamique familiale

La dynamique familiale en elle-même est la plus grande problématique chez Farah. Ceci est très vite remarqué dans l'analyse du FAT vu que le niveau de conflit familial est élevé et très élevé au niveau extra-familial. La famille fonctionne de manière fusionnelle et les parents sont considérés comme des agents stressants.

Farah blâme sa famille et la considère comme cause principale de ses problèmes d'addictions. Elle est solitaire et distante même de ses sœurs. Elle a des sentiments contradictoires envers son père, elle l'aime et le déteste beaucoup. Au niveau du TAT, on peut remarquer cette ambivalence à travers les planches 2 et 10 où se montre que les désirs incestueux envers le père sont toujours présents.

Avant le divorce des parents, le père était très agressif envers la mère. Il chauffait les fers à brochettes et les mettait sur son corps. Il frappait agressivement ses sœurs en sa présence. Ses parents ont divorcé avant son premier anniversaire. Le père l'a alors donnée à sa grand-mère paternelle pour prendre soin d'elle vu qu'il était vexé d'avoir eu une fille.

Puisque le père la voulait comme garçon, elle s'est comportée comme un garçon. Et pour assumer le rôle du garçon, elle avait toujours les cheveux courts et voulait même protéger ses deux grandes sœurs comme si elle était leur frère aîné. A l'âge de onze ans, elle eut une expérience homosexuelle avec sa cousine où elle jouait le rôle du garçon.

Durant sa vie chez son père, elle réclamait beaucoup sa mère et revendiquait son enfance, vu que le tribunal avait accordé au père la garde des filles. Sa privation de sa mère très tôt dans son enfance l'a beaucoup affectée. Sa mère est perçue comme « généreuse et affectueuse » dans le génogramme. L'image de la mère est idéalisée et elle est vue comme son sauveur. La Planche 7GF du TAT le montre.

Farah décrit son père comme agressif mais avec une faible personnalité, c'est sa femme actuelle qui détient l'autorité à la maison, et qui avait pris le rôle qu'elle détenait avec son père avant qu'il se remarie.

La grand-mère paternelle avec qui elle a vécu est décrite comme agressive et autoritaire, elle dit qu'elle la maltraitait comme si elle était sa bonne. Ses sœurs lui en voulaient et la maltrahaient parce qu'elle était la moins violentée par le père. Elle s'est donc isolée de sa famille.

D'après le TAT, Farah se situe à un niveau œdipien où la triangulation est reconnue et l'angoisse dominante est celle de la castration, qui est toujours revécue et reste non résolue.

L'angoisse de perte d'objet est trop présente, d'où son accrochage à des objets externes (drogues) pour ne pas retomber dans la solitude. Les désirs incestueux envers l'image paternelle sont présents et intenses. Une agressivité intense envers l'image maternelle est éprouvée.

c- Comportements addictifs et maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le père de Farah a été interné dans un hôpital psychiatrique avant son premier mariage, il avait piqué une dépression qui a duré sept mois. La tante maternelle de Farah prend des antidépresseurs, son mari est dépendant au poker et à l'alcool. Elle a deux oncles maternels alcooliques.

Dans la famille de la mère, plusieurs membres ont souffert de maladies de rein et de cancer, ce qui dévoile l'intensité des pulsions de mort.

d- Relation au corps et à la mort

La violence que Farah a vécue dans sa vie est beaucoup plus émotionnelle que physique. Que ça soit au niveau intra-utérin (pulsions de mort et père qui bat la mère), ou de son vécu troublé jusqu'à son incarcération. Durant son enfance, juste le fait que son père battait sa mère et ses sœurs devant elle, a laissé des séquelles en elle ainsi que de la culpabilité. Sa façon de se droguer et d'être en interaction avec la mort est une manière pour elle de compenser la dette qu'elle a envers ses sœurs et sa mère : elle s'auto-punit.

De plus, la privation de sa mère très tôt dans son enfance l'a beaucoup affectée. Farah mentionne aussi qu'elle se souvient une fois d'un désir sexuel dans les yeux de son père envers elle. Ce dernier avait une réaction formelle envers ce désir en ne la laissant même pas le toucher et en la privant d'affection de tout genre. C'est à travers sa mère qu'on a su qu'elle a vécu un abus par un marchand de fèves, et le fait qu'elle ne le mentionne pas montre que cette expérience l'a affectée.

A l'âge de dix ans, elle a dû subir une opération des yeux et elle est restée aveugle pendant trois jours. Cette cécité temporaire est aussi très symbolique, manifestation de son corps qui ne veut pas voir les scènes qu'elle endure dans sa famille. A quinze ans, elle a fui la guerre de 2006 pour aller à Chypre car la peur l'avait envahie.

Cet ensemble de violence psychique et physique qu'elle a vécu, ainsi que le mariage de son père qui est un point tournant pour elle, l'a poussée à être tellement en contact avec la mort et le risque, comme s'ils allaient de pair.

e- Les mandats des liens transgénérationnels

Deux grands aspects semblent conquérir le transgénérationnel dans le cas de Farah : le détachement et la violence, des détriments majeurs de l'addiction. Du côté paternel, les grands-parents ne communiquent jamais. C'est une famille détachée où il n'y a pas d'affection qui lie les membres entre eux. La grand-mère paternelle a passé sa vie à se moquer et à humilier son mari.

Du côté maternel, la mère de Farah a vécu une enfance très difficile. Ses parents sont très durs et froids, et la battaient aussi. Le père battait la mère devant elle. D'où le choix d'un mari violent qui la violentait à son tour. Son deuxième mari est plus âgé qu'elle de 20 ans, c'est le père affectueux et tendre qu'elle n'a jamais eu. Sa mère (la grand-mère maternelle) aimait les garçons plus que les filles, d'où la problématique au niveau de l'acceptation de l'identité féminine dans la génération précédente qui s'est transmise à la génération suivante.

Les femmes dans cette famille sont toutes décrites comme froides, agressives et autoritaires, d'où l'image déformée chez Farah de l'instance féminine et l'agressivité envers celle-ci.

L'addiction est présente aussi, comme pour combler le vide causé par le détachement familial. Au niveau intrafamilial, les deux oncles maternels sont alcooliques. Au niveau extra-familial, il semble que la majorité des femmes dans la famille attirent des dépendants à des substances : l'ex- mari de Farah, le mari de sa sœur et le mari de la tante maternelle sont tous des addicts.

Synthèse

Dans le cas de Farah, le contenu problématique de son vécu révèle un lien manifeste entre la dépendance à la drogue et le rôle de l'environnement précoce ainsi que les mandats des liens transgénérationnels.

Conçue par « malchance », mère battue pendant qu'elle était enceinte d'elle, née fille alors qu'elle devait naître garçon, divorce des parents avant son premier anniversaire, sa garde donnée au père qui la confie à la grand-mère décrite comme froide et agressive, la solitude qui a accompagné son enfance, tout cela laisse des blessures profondes de rejet et de maltraitance qui favorisent la dépendance aux objets externes mis en avant pour pallier ces défaillances des objets internes.

Au niveau transgénérationnel, la maltraitance des femmes dans la famille maternelle se perpétue d'une génération à l'autre. Et la question de la maltraitance pose celle du

traumatisme qui est un afflux excessif d'excitations que le sujet ne peut maîtriser et élaborer psychiquement. La maltraitance pose aussi la question de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique de la personne, c'est une menace de mort psychique.

L'objet addictif, comme antidote de la mort psychique, n'est-il pas une douleur perçue comme moyen de panser la douleur ? Ce que D. Anzieu (1985) met au bénéfice d'une fonction toxique du Moi-peau.

8- Rania : bébé mourant dans une prison turque

a- Anamnèse:

Rania, née en 1989, est célibataire et la cadette dans une fratrie de quatre enfants, deux filles et deux garçons. Elle est musulmane sunnite d'un niveau socio-économique moyen. Son niveau d'éducation est universitaire, celui du père et de la mère est le brevet. Elle est assistante dans un bureau d'avocat, son père travaille dans le commerce des vêtements et sa mère est femme au foyer. Elle commence la consommation de drogues à l'âge de dix-sept ans, sa toxicomanie a duré sept ans.

Elle a consommé un cocktail de drogues, à côté de l'alcool et le haschisch, elle a pris : tramal, marijuana, cocaïne, ecstasy, kétamine, GHB, LSD, MDMA, Speed et Héroïne. Elle réside à Oum el Nour depuis cinq mois et c'est sa première prise en charge institutionnelle. Elle n'a jamais été poursuivie judiciairement .

La mère de Rania est tombée enceinte d'elle dès que son mari est rentré de la prison syrienne après deux ans de torture. Sa naissance a eu lieu pendant la guerre dans une période où il y avait beaucoup de batailles, donc sa mère n'a pas eu l'accès à un hôpital et a accouché d'elle à la maison avec l'aide d'une sage-femme. Elle est née très petite.

Quand Rania avait un an, elle allait mourir dans une prison en Turquie où tous les membres de la famille ont été incarcérés avec d'autres libanais parce qu'ils sont entrés au pays avec de faux papiers et leur but était d'atteindre la Suède comme pays de refuge suite à la guerre libanaise. Elle est tombée gravement malade dans cette prison et sa vie était en danger. Ensuite, à l'âge d'un an et demi, elle a été empoisonnée et hospitalisée et de nouveau sa vie était en danger. C'était une enfant qui tombait souvent malade et qui souffrait d'asthme comme son père et plusieurs autres personnes de sa famille. Elle dit n'avoir pas suffisamment d'immunité.

A l'école, c'était une fille brave mais turbulente. Elle avait l'air d'un garçon : cheveux courts, habits et comportements masculins. Elle défendait son petit frère et frappait ses amis garçons. Depuis qu'elle est jeune, dès qu'elle voyait quelqu'un d'opprimé, elle tombait dans une colère incontrôlable et agissait violemment comme défenseur, avec une culpabilité par la suite. La colère était juste envers les garçons et jamais les filles. Elle dit que c'est pour cela qu'elle a choisi de faire du Droit comme études. C'était sa manière à elle de défendre les droits des femmes contre l'injustice dont elle était victime.

Rania est atteinte d'un trouble obsessionnel compulsif, ce trouble est présent chez son père et presque toute la famille selon ses dires.

Rania est très proche de son père, qui se dit ayant « un faible pour elle », mais loin de sa mère qui ne lui a jamais donné de l'affection. Cependant, aucun d'eux n'a une autorité sur elle. De plus, à l'âge de huit ans elle a été harcelée sexuellement par son cousin maternel qui avait dix-huit ans. Cet incident l'a traumatisée, elle dit, et ajoute qu'il était la cause principale de sa haine pour les hommes. Rania exprime qu'elle est homosexuelle et que sa vie est toujours très compliquée ainsi que ses relations, souvent tumultueuses et dangereuses .

b- La rencontre avec la drogue

C'était la curiosité et la mauvaise fréquentation qui ont fait qu'elle s'est engouffrée dans la drogue, elle relate. Rania aime manipuler et mentir ; elle adore se sentir intelligente et rusée. Au début, elle a commencé par boire de l'alcool jusqu'à l'ivresse totale, ensuite elle a fumé le haschisch, puis les médicaments détournés de leur usage. Après, elle est devenue dépendante de la cocaïne, et dernièrement elle est arrivée à consommer de l'héroïne. Elle a caché tout cela à sa famille, qui pensait juste qu'elle se saoulait .

c- La dynamique familiale

« C'est une atmosphère qui n'est pas paisible du tout » exprime Rania en décrivant l'ambiance familiale. Les parents se disputaient très souvent, et sa mère pleurait beaucoup et Rania pleurait avec elle. La mère décrit que le père avait surtout changé après avoir été incarcéré par erreur dans les prisons syriennes et torturé violemment durant deux ans. Il est rentré juste avant qu'elle tombe enceinte de Rania. Ainsi, Rania a été conçue dans des conditions très dures, d'un père traumatisé qui projette l'agressivité qui a subi vers sa conjointe.

Le FAT révèle un index de dysfonctionnement élevé, ainsi que l'existence d'un conflit familial non résolu et d'une difficulté chez la famille à fonctionner efficacement avec le monde extérieur.

La majorité des disputes conjugales étaient centrées sur les infidélités du mari. Il a trompé sa femme plusieurs fois, sa femme le décrit comme « addicté aux femmes ». Durant son enfance, c'est Rania qui a découvert l'infidélité de son père, qui trompait sa femme avec l'amie de sa fille. Rania a forcé sa mère à demander le divorce, et celle-ci a quitté sa maison mais pour revenir après un an sur l'insistance du mari. Cependant, les problèmes conjugaux n'ont cessé d'augmenter ainsi que les infidélités du père .

Rania est toujours dans une position de force dans sa famille puisqu'elle sait que ses parents ont peur d'elle vu son caractère très fort et têtu. Il semble que face au conflit qui la dévalorise, elle éprouve une certaine survalorisation comme formation réactionnelle assurant le repérage identitaire.

Elle décrit son père comme un homme faible, et sa mère comme faisant semblant d'être forte. Elle dit : « *Ma mère m'a tout donné sauf de l'affection* », c'était le père qui lui donnait de l'affection. Cependant elle l'accuse pour son état actuel « *parce qu'il n'a pas voulu que je grandisse* ».

D'après le TAT, l'image féminine est une mauvaise image séductrice et perçue dans un mauvais registre sexuel. L'image masculine est également mauvaise. L'homme est l'abuseur, le malade mental et celui qui fait toujours des fautes. L'image maternelle est une image surmoïque rigide incapable de donner de l'affection (Planche 13MF). Elle est toujours présente pour surveiller, pour vérifier et pour conseiller, mais pas pour aimer. L'image maternelle prégénitale est une image non contenant. Quant à l'image paternelle, elle est dévalorisée et séductrice (Planche 4).

La mère, venant d'une famille palestinienne de réfugiés, préfère les garçons aux filles, ce qui était le cas avec sa propre mère qui préférait ses frères à elle. Cela explique l'attitude masculine de Rania qui obéit inconsciemment au désir de la mère et de la grand-mère.

d- Les comportements addictifs et maladies psychiques et psychosomatiques dans la famille

Le père et tous les hommes de la famille paternelle sont coureurs de jupons. La mère est dépendante aux anxiolytiques. Le mari de la tante maternelle est dépendant à l'héroïne, et le

mari de l'autre tante est alcoolique et joueur de poker ainsi que leurs enfants. Son cousin qui a abusé d'elle est dépendant à la drogue et il a été emprisonné pour cette raison.

e- La relation au corps et à la mort

Rania est née dans un bain de violence et de pulsions de mort. Pendant la grossesse, la mère a eu des complications, le père venait de rentrer des prisons syriennes après deux ans de torture. Sa naissance a eu lieu pendant les batailles de la guerre libanaise. A l'âge d'un an, ses parents se sont enfuis pour se réfugier en Suède et se sont fait attraper par la police turque qui les a emprisonnés pendant plusieurs mois. Rania est tombée gravement malade en prison et a failli mourir sans l'aide d'un médecin. Quelques mois après, elle a failli mourir aussi car elle a mangé de la nourriture de chats et a été empoisonnée et hospitalisée. De plus, elle était une enfant asthmatique et souffrait de rhumatisme et tombait souvent malade (diarrhée, fièvre...). Elle dit même que c'est à cause de tout cela qu'elle aime se mettre dans des conditions de risque et faire face au danger (relations amoureuses difficiles, accidents de voitures fréquents, etc...) : elle est toujours en compétition avec la mort, qu'elle recherche constamment à la défier.

L'abus sexuel qu'elle a vécu à l'âge de huit ans l'a affectée et l'a rendue hostile vis-à-vis des hommes. Et quand elle a avoué à sa mère l'incident de l'abus après des années, celle-ci a juste été triste et lui a demandé de n'en parler à personne, ce qui a accentué la blessure, selon ses dires.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Trois grands aspects semblent conquérir le transgénérationnel : l'addiction, le vécu de violence et de traumatisme et les maladies psychosomatiques .

L'addiction est présente dans les familles maternelle et paternelle. Dans la famille maternelle, ce sont les conjoints et les enfants qui sont dépendants à des substances. Dans la famille paternelle, c'est l'addiction aux femmes et les tromperies à plusieurs reprises.

A l'image de sa propre mère, loin de la contenance maternelle, la mère de Rania ne lui donnait jamais d'affection. La mère a subi elle aussi l'abus sexuel ainsi que toutes les cousines, selon les dires de la mère, qui a banalisé les effets de l'abus sexuel en disant que c'est une chose « normale » durant l'enfance et ne doit pas conduire à l'addiction. A noter que le cousin abuseur de Rania est le fils de la sœur préférée de la mère, celle qui s'occupait d'elle comme sa mère (elle pensait même que c'était elle sa mère jusqu'à ce qu'elle l'ait abandonnée

pour se marier) L'on se demande ici si des désirs incestueux entre ces deux sœurs ont été transmis à leur progéniture .

La mère vient d'une famille palestinienne de réfugiés et elle vivait dans les camps. Elle avait douze ans quand il y a eu un grand massacre dans le camp où elle habitait avec sa famille. Elle dit qu'elle a été témoin du meurtre de beaucoup de voisins et d'amis, ce qui a gardé beaucoup de blessures en elle. Sans jamais oublier les traumatismes du déplacement des parents de la Palestine pour vivre réfugiés au Liban, et le vécu de la guerre libanaise.

Quant au père, qui a vécu la violence de la guerre, il a été pris par erreur dans les prisons syriennes avec d'autres militants de la guerre de son quartier, et a été torturé pendant deux ans. Il a été frappé avec des fils électriques et des câbles de fer, on le mettait sur une chaise trouée pour des heures au point qu'il sentait son dos se casser. Ils ont utilisé tous les moyens de torture imaginable, inclus le viol (mais il n'arrive pas à l'exprimer). Quand il est rentré, le père était dans le déni et n'a pas pu dépasser ce traumatisme. Il est resté immature et superficiel .

C'est ce bagage des traumatismes non résolus des deux parents qui fait que le poids du transgénérationnel soit aussi lourd, surtout chez Rania et les conditions de la manière dont elle a été conçue et l'environnement durant son enfance .

L'angoisse incontrôlable chez la famille paternelle et chez Rania ont donné naissance a des symptômes comme l'asthme et le rhumatisme, d'où les maladies psychosomatiques. Ceci seulement présent chez le père de Rania et non la mère, elle s'est identifiée à lui et a reçu ces maladies aussi.

Ainsi, l'angoisse du non-dit de tous les traumatismes vécus dans les deux familles, le vécu d'addiction, et les maladies psychosomatiques prennent une place dans la psyché de Rania et des conflits qu'elle vit .

Synthèse

Dans le cas de Rania, le contenu problématique de son vécu révèle un lien bien manifeste entre la dépendance aux drogues et le rôle de l'environnement précoce et les circonstances de sa conception, aussi bien que celui de la transmission des traumatismes générationnels et transgénérationnels.

Les symptômes psychosomatiques que Rania commence à avoir dès sa naissance, la santé fragile, « *j'ai une faible immunité* » elle relate, et les deux événements de sa prime enfance

(le vécu de la prison à l'âge d'un an où la diarrhée continue devait mettre fin à sa vie, et l'empoisonnement (comme un suicide) à un an et demi), expriment sans voix le poids accablant de la transmission du vécu traumatique du père à peine revenu de la torture des prisons syriennes, mais aussi celui de la mère rescapée à douze ans des massacres du camp « Sabra et Chatilla » avec la mémoire des cadavres de ses proches et amis répandus de tout côté ; sans oublier le vécu de la guerre par les parents et aussi par Rania elle-même née pendant les batailles, et sans toutefois négliger le lourd poids des transmissions transgénérationnelles de la souffrance des grands-parents chassés de leur pays natal sans espoir de retour, vivant dans des camps de réfugiés et s'enterrant, à leur insu, loin de leur terre-mère dans des cimetières qui ne contiennent pas leurs ancêtres.

Le cas de Rania confirme que les enfants des parents soumis à des traumatismes, n'échappent jamais totalement aux pensées pénibles qui les tracassent et ils s'en donnent toujours des représentations, sous différentes formes, L'addiction de Rania en est un exemple ainsi que son trouble obsessionnel compulsif, et sa passion pour le risque et le flirt avec la mort.

9- Nathalie : Le corps placé en gage, à la recherche de l'abuseur

a- Anamnèse:

Nathalie, née en 1992, est l'aînée dans une fratrie de trois filles et un garçon (trisomique) et elle est célibataire. Elle est chrétienne-maronite d'un niveau socio-économique sous la moyenne. La famille vient de la Beqaa, mais vit au Kesserwan, dans une région purement chrétienne. Elle et ses parents n'ont eu que le brevet. Elle n'a pas de travail fixe, mais elle a travaillé avant dans la prostitution. Son père est un ancien soldat de l'armée, actuellement il est chauffeur privé.

Elle commence la consommation de la drogue à douze ans, commençant par le haschich, puis consommant la cocaïne, le tramal et la free base, et enfin l'héroïne. Elle réside à Oum el Nour depuis douze mois pour une première prise en charge institutionnelle. Nathalie n'a jamais été poursuivie judiciairement .

Nathalie décrit son enfance comme paisible. Elle était une enfant sage. Elle allait à l'école sans plainte. Ses parents la décrivent comme étant une enfant avec une faible immunité, qui tombait souvent malade. Aussi, ils la décrivent comme ayant une faible personnalité par

rapport à ses sœurs, alors qu'elle est l'aînée. Elle était timide et réussissait à l'école jusqu'à l'âge de douze ans, l'âge où elle a commencé à fumer les cigarettes et le haschich .

Nathalie dit que ses parents la négligeaient et ne s'intéressaient pas à elle. Sa mère avait deux préoccupations : son fils trisomique avec son traitement à l'hôpital, et la jalousie envers son mari avec sa constante recherche de ce qu'il fait.

A l'âge de sept ans elle a commencé à être abusée sexuellement par son oncle maternel âgé de trente-six ans, et il a continué son abus jusqu'à l'âge de douze ans. Un autre incident vient s'ajouter à l'abus de l'oncle, c'est le viol du voisin âgé de dix-sept ans quand elle avait quatorze ans. Peu après, elle a commencé à sortir avec des hommes en échange de l'argent. Elle dit qu'à cette époque, elle a « perdu tout sentiment ». Plus tard elle a aimé un homme et a voulu renoncer à la prostitution pour lui, mais ce dernier voulait qu'elle couche avec d'autres pour son compte. Elle était tout le temps à la recherche de son abuseur, et c'est à lui qu'elle s'attache le plus. Elle a commencé à avoir des relations sexuelles avec des filles et c'est de là, selon ses dires, qu'elle tirait du plaisir et non avec les hommes.

Elle est en mauvais termes avec ses sœurs, qui se sont prostituées à leur tour suivant le conseil de Nathalie et se droguent aussi (haschich et cocaïne).

b- La rencontre avec la drogue

Nathalie commence à se droguer à l'âge de douze ans, lorsqu'un jour à la sortie de l'école elle rencontre deux mecs qu'elle connaissait et qui fumaient du haschich. Elle a donc essayé et ça l'a affectée profondément et s'est sentie comme une ivrogne. Elle est ensuite sortie avec un homme de trente-cinq ans et ont fumé le haschich ensemble. Ensuite, elle a commencé à avaler du tramal jusqu'à atteindre trente-cinq pilules par jour. Par la suite, elle a été chassée de l'école à cause du manque de discipline. A quinze ans, elle s'adonnait à la cocaïne, puis à dix-huit ans, à l'héroïne et au free base et elle prenait jusqu'à sept grammes d'héroïne par jour. Elle consommait souvent la drogue avec un ami qui est rentré à Oum el Nour et l'a motivée à se soigner elle aussi.

c- La dynamique familiale

L'ambiance familiale dans laquelle Nathalie vit, s'avère être dure. Ses parents se trouvent souvent hors du domicile. Son père était dans l'armée et ne dormait pas à la maison mais à la caserne. Il était donc absent de sa vie. Après la retraite du père, il a ouvert un magasin et elle

le voyait un peu plus. Sa mère passait son temps à poursuivre son mari craignant qu'une autre femme ne le lui volât, ou elle allait à l'hôpital pour le traitement de son fils trisomique. Elle était toujours triste parce que son mari la trompait, ce qui fait qu'elle était également absente. D'après le TAT, la triangulation a été évitée, ce qui montre une difficulté à rentrer dans l'œdipe . De plus, Dans le TAT, La position dépressive n'est pas abordée dans les planches et l'angoisse d'abandon n'est pas exprimée. Ce qui suggère une problématique archaïque, surtout qu'elle a évoqué des objets détériorés (aveugle, fou, malade, folle...), et une problématique corporelle qui nous laisse penser à un mauvais noyau, à un fonctionnement à penchant psychotique mais sans décompensation.

En ce qui concerne son père, il dit qu'il ne peut pas supporter la mère car elle bavarde beaucoup, le suffoque et ne prend pas soin de ses enfants, et que tout ce qu'elle leur disait pour les éduquer était de ne pas manger chez les gens mais sans rien leur préparer à manger.

Nathalie révèle que son père aime trop l'argent, profite des autres et ne s'intéresse point à savoir d'où ses filles obtenaient l'argent. Nathalie et ses sœurs qui pratiquaient la prostitution, lui donnaient l'argent qu'il demandait. S'il posait des questions quant à la source financière, elles répondaient qu'elles travaillaient dans les soirées comme promotrices. Il les croyait et ne discutait pas. Les parents poussaient leurs filles, directement ou indirectement, à se prostituer en restant dans le déni et en ne demandant pas des détails .

Nathalie dit aussi qu'elle n'a jamais senti l'affection de ses parents. Les deux ne s'intéressaient pas à leurs filles et tiraient un plaisir à posséder de l'argent. Sa sœur a quitté la maison depuis six ans pour vivre avec un drogué et ses parents s'en fichent. Elle se sent coupable parce qu'elle a encouragé ses sœurs à pratiquer la prostitution. Elle se disputait constamment avec elles et les trois sœurs se battaient entre elles. Il existe beaucoup de jalousie dans cette fratrie. Cette jalousie suscite un sentiment d'angoisse et de tristesse chez Nathalie comme le révèle le TAT qui démontre aussi l'existence d'une labilité dans les identifications (planche 6), qui a pour but de calmer l'angoisse surgissant par la jalousie.

D'après le FAT, le protocole fait état modéré de conflit conjugal, un niveau élevé de conflit extrafamilial et un niveau peu élevé de conflit familial. Ce qui nous laisse induire la présence d'un conflit dans tous les domaines, mais surtout dans la relation de la famille avec le monde extérieur. Le FAT confirme la négligence du couple parental qui est pris par ses propres problèmes. Il montre également que la famille, qui n'arrive pas à gérer ses problèmes intérieurs, est en même temps réticente à associer à sa dynamique des personnes extérieures.

On constate aussi d'après le FAT que la jalousie de la mère envers son mari présente une source d'angoisse pour les enfants qui sont plutôt marginalisés et reçoivent un minimum d'attention de leur mère occupée toujours à poursuivre son mari, qui est, de son côté, plutôt nonchalant envers ses enfants.

d- Les comportements addictifs et maladies psychiques dans la famille

La famille du père vient de la Beqaa, région libanaise qui a une mauvaise réputation au sujet de la drogue au niveau de l'abus, de la culture et du trafic. En fait, le grand-père paternel cultivait du haschich dans la campagne et le vend. D'autres personnes de la famille travaillent dans le trafic de la drogue. Un des cousins du père est emprisonné pour délit de trafic.

Le père de Nathalie fume le haschich et consomme la cocaïne, il est aussi coureur de jupons. Toutes ses filles consomment le haschich et la cocaïne en plus de la pratique de la prostitution. Plusieurs cousins s'adonnent à la drogue aussi. Quant à la famille de la mère, tous sont des grands fumeurs.

En ce qui concerne les maladies psychiques, la mère est décrite par Nathalie comme paranoïaque, l'oncle abuseur comme psychotique. Le père parle d'une cousine malade psychique.

Quant aux maladies psychosomatiques, le grand-père paternel est atteint d'un cancer, et dans la famille paternelle il y a beaucoup de diabète et de maladies cardiaques.

e- La relation au corps et à la mort

Le corps de Nathalie a été en proie à tout genre d'abus et de maltraitance. Commenant par elle-même, révélant avoir pratiqué l'automutilation pendant des années.

L'abus de son oncle et le viol de son voisin sont deux événements traumatisants qui ont affecté sa vie et son choix de prostitution. Toutefois, Nathalie décrit son oncle abuseur comme affectueux, aimant et généreux, et c'est pour cela qu'elle acceptait l'abus, elle avoue.

La relation entre corps et argent s'est tissée tôt dans la vie de Nathalie. L'oncle lui donnait de l'argent en contrepartie de ses abus. A ses douze ans, Nathalie voulait arrêter l'abus pas pour elle mais parce qu'elle est tombée amoureuse d'un mec et voulait lui être fidèle. Son oncle a alors essayé d'augmenter la somme d'argent qu'il lui paye. Elle se rend compte par la suite que son oncle avait abusé de toutes les filles de la famille. Pourtant, elle dit : « *je l'aime toujours* ».

A l'âge de quatorze ans, quand le voisin l'a violée et qu'elle a perdu sa virginité, elle raconte qu'elle est sortie de la chambre en révélant à tout le monde cet incident et en leur montrant le sang qui s'écoulait d'elle, comme si c'était un moment de fierté, elle relate dans l'entretien : « *J'étais contente de devenir femme* ». Après cet incident, elle commence à exploiter pleinement son corps au profit de l'argent. Elle avoue que ce corps adonné à l'abus et à la prostitution a subi beaucoup de violences (insultes, orgies, moqueries, etc...).

A dix-huit ans elle est tombée enceinte et elle a avorté. Après l'avortement elle dit qu'elle s'est sentie criminelle.

Dans un acte de purification d'un corps trop souillé, Nathalie s'est réfugiée nouvellement dans la religion .

f- Les mandats des liens transgénérationnels

La violence, l'addiction et l'amour pour l'argent constituent les aspects les plus reconnus au niveau des mandats des liens transgénérationnels chez la famille de Nathalie.

Dans les deux familles, paternelle et maternelle, la violence et les pulsions de mort sont reconnues.

Dans la famille de la mère, l'arrière-grand-père qui est syrien fut égorgé parce qu'il était chrétien, ce qui a obligé la grand-mère à fuir avec ses enfants de la Syrie au Liban de peur que ses enfants ne soient tués. Ils étaient trop pauvres et l'arrière-grand-mère travaillait comme servante dans les maisons. La grand-mère de Nathalie travaillait aussi comme servante dans l'école où ses enfants étudiaient.

La mère a sept frères qui étaient tous enrôlés dans un parti chrétien pendant la guerre libanaise. La mère raconte que ses frères étaient nerveux et que la guerre était terrible et surtout que ces frères étaient toujours sur les fronts, elle et ses parents ont eu beaucoup peur sur leur sort. Elle parle aussi de la souffrance qu'ils ont vécue suite à l'arrestation de quatre de ses frères par l'armée syrienne, et la peur de les perdre car la prison syrienne était très dure et il était difficile de s'en sortir. Ils ont enduré pendant un an et beaucoup de gens s'étaient intervenus pour les récupérer.

Dans la famille du père, presque tous travaillent dans l'armée y compris lui-même.

Le père a passé des années sur les lignes de démarcation et a été blessé plusieurs fois. De plus, Il a été accusé d'avoir tué un militaire et d'être derrière l'explosion de la citerne réservoir

qu'il conduisait. Il est resté emprisonné quelques mois jusqu'au moment de prouver son innocence.

Dans les deux familles on trouve des décès précoces et subits. Aussi il y a plusieurs personnes qui se sont mariés deux fois, et ont fondé deux familles.

La mère nous a raconté un secret qui cache une honte qu'elle a vécue avec sa mère et ses frères : Son père s'est marié une première fois avec une fille syrienne, et plus tard, il s'est avéré qu'elle le trompait avec d'autres hommes (peut-être une prostitution comme celle de Nathalie et ses sœurs). Il la laisse avec deux enfants et quitte la Syrie pour le Liban où il fait la connaissance de sa mère, avec qui il fonde une famille, mais, vu qu'il n'était pas encore divorcé, il n'a pas pu enregistrer officiellement son mariage ni ses enfants sur son nom qu'après la mort de sa première femme. A noter que dans la loi libanaise, les enfants restent sans identité si leurs parents ne sont pas mariés (sans identité veut dire inexistant), et dans la société on considère la mère comme femme adultère et les enfants comme illégitimes.

L'addiction est présente également dans l'histoire familiale de Nathalie, comme on a pu voir plus haut, surtout dans la famille du père où on travaillait dans la culture du haschich et dans le trafic de la drogue.

La relation à l'argent a une grande importance chez les deux parents au point qu'ils laissent leurs filles se prostituer pour le procurer. A noter que le discours de la mère tout au long de son entretien était centré sur l'argent. La pauvreté et la misère de ses parents et de ses arrière-parents expliquent, au moins en partie, cet attachement à l'argent qui constitue un agent de sécurité pour des gens qui ont fui leur pays pour se réfugier dans un autre, mais pour y vivre les souffrances d'une longue guerre.

Synthèse

Lorsque l'objet interne a manqué, comme dans le cas de Nathalie, ou encore lorsqu'un fantasme trop incestueux d'une pulsion sexuelle en a interdit l'exploitation psychique, le Moi peut utiliser le corps et ses sensations, dans les conduites addictives, comme substitut autoérotique plutôt que d'utiliser la voie fantasmatique et de représentation de la pulsion.

Nathalie, par ses conduites addictives et par sa prostitution semble permettre à ses parents d'assouvir par procuration leur secrète fascination pour la transgression. En effet, au niveau transgénérationnel de l'histoire de sa famille, apparaissent des schémas répétitifs où les

interdits, qu'il soit au niveau de la loi ou au niveau de la morale, se trouvent transgressés (prostitution, inceste, addiction, trafic de drogue ...).

La notion de crypte semble traverser l'histoire de la famille de Nathalie. Ainsi ses conduites addictives et sa prostitution sont, probablement, des façons d'essayer de symboliser des pertes familiales, des violences subies, et des actes honteux commis par les ascendants. Il semble, comme l'affirme F. Brette, « que les événements vécus dans la honte et dans le non-dit familial ont un effet traumatique d'autant plus pernicieux que l'enfant n'a pu gérer cette situation qu'au prix d'un clivage » (F. Brette, 1987, p. 72).

Nathalie, qui n'a pas la possibilité de sortir d'une image morcelée d'elle-même, ne vit pas son corps comme une unité-imaginaire ressentie intérieurement. C'est pourquoi le fait que le produit toxique soit mis à l'intérieur de son corps est un élément essentiel pour elle. Cette prise du produit toxique tenterait de créer l'unité imaginaire de son corps.

10- Chadia : Entre le Liban et l'Australie, quelle appartenance ?

a- Anamnèse:

Chadia, née en 1987, est l'aînée dans une fratrie de quatre enfants, trois filles et un garçon. Elle est divorcée et a une fille de quatre ans qui vit loin d'elle. Elle est musulmane chiite d'un niveau socio-économique moyen. Elle est du Sud du Liban, mais elle est née en Australie et a vécu tantôt en Australie tantôt au Liban. Son niveau d'éducation est le brevet, celui du père et de la mère est le certificat. Elle travaille comme réceptionniste dans un restaurant.

Elle commence la consommation de drogues à l'âge de quinze ans. Les drogues consommées sont l'alcool, le haschich, la marijuana, l'Ice et l'héroïne. Elle est également dépendante au sexe. La durée de son addiction est de dix ans. Elle réside à Oum el Nour depuis sept mois et c'est sa deuxième prise en charge institutionnelle. Elle a été arrêtée un jour en Australie pour avoir participé à des émeutes.

La mère de Chadia a trouvé des difficultés à tomber enceinte après son mariage, mais elle arriva à concevoir Chadia. L'accouchement était facile et elle dit qu'elle est née « une fille très belle ». Elle était sage pendant son enfance, ne pleurait pas beaucoup, mais mangeait très peu. Elle avait l'asthme depuis sa petite enfance jusqu'à douze ans. Elle tombait malade facilement, surtout la grippe et l'angine. Elle avait des problèmes d'amygdale, et à l'âge de

sept ans, elle a dû faire une opération chirurgicale pour une ablation de l'amygdale. Après l'opération, elle faisait des crises de manque d'oxygène et son visage devenait tout rouge.

Durant sa puberté, elle se masturbait d'une façon compulsive. Pendant l'adolescence, elle refusait de sortir et elle commençait à s'éloigner de ses amis et à régresser à l'école. Quelques mois plus tard, elle devient hyperactive et commence la consommation de la drogue.

A quinze ans, elle a été violée dans une soirée sous l'effet d'une drogue dans son verre, et Chadia dit que c'est cet incident qui a chamboulé toute sa vie. Elle s'en est rendue compte le lendemain.

Elle s'est mariée et a divorcé, elle a eu une fille de son mariage, mais l'a laissée quand elle avait huit mois avec son père qui vit en Australie, et ne l'a revue qu'après des années où elle découvre que la fille appelle sa tante « maman » et qu'on ne lui a pas parlé de sa vraie mère.

Elle a vécu sa vie se déplaçant entre l'Australie et le Liban, tiraillée entre les deux pays, ne trouvant pas sa place.

Elle est toujours à la poursuite de l'amour, mais pour rencontrer toujours les hommes qui veulent le sexe. Pour elle, son problème majeur est que les hommes abusent d'elle facilement .

b- La rencontre avec la drogue

A l'âge de quinze ans, elle a fait la connaissance d'un groupe de jeunes de dix-sept à dix-huit ans en Australie. Tous fumaient la marijuana qu'elle n'a pas aimée au début mais elle s'est attachée à l'ambiance que la marijuana crée. A la suite de l'incident du viol, Chadia recommence à consommer régulièrement la marijuana ainsi que de l'alcool.

Après son divorce à dix-huit ans, elle s'est sentie humiliée et culpabilisée chez ses parents où elle est revenue vivre, et elle relate que c'est pour cela qu'elle a commencé à prendre de l'ice, qui la faisait sentir qu'elle était un être humain.

Elle a quitté la maison de ses parents pour vivre avec un dealer et c'est là qu'elle a commencé à snifer l'héroïne. C'est là qu'elle a commencé à mener une vie de délinquance, de risque, d'humiliation, de maltraitance et de violence pour continuer à se procurer de l'héroïne jusqu'à ce qu'elle ait vu sa fille, après des années de séparation ; alors elle a décidé d'arrêter pour que cette fille ne grandisse pas dans la honte d'avoir une mère toxicomane .

c- La dynamique familiale

La dynamique familiale se trouve problématique chez Chadia. Dans son protocole de FAT, l'index général de dysfonctionnement est élevé, suggérant ainsi l'existence d'un niveau élevé

de conflit familial et d'un niveau très élevé de conflit extra-familial. Ces observations révèlent une difficulté de cette famille à fonctionner efficacement avec le monde extra-familial .

Chadia est l'ainée dans sa famille. Elle a une mauvaise relation avec sa mère, qu'elle décrit comme « une femme très têtue qui voulait toujours avoir raison ». Elle était trop sévère avec elle. A l'âge de la puberté elle lui interdit de sortir et d'avoir des copains. Après l'incident du viol, le gouffre s'est élargi encore plus entre elles, surtout quand la mère a collé à sa fille l'étiquette de « putain ». Chadia relate que sa mère n'a jamais exprimé de l'empathie envers elle. Le problème de confiance et de communication s'est accentué et s'est élargi pour inclure tous les membres de sa famille, et elle commence à se sentir étrangère parmi eux. Elle dit que c'est la mère qui tient l'autorité et sa sœur cadette l'aide. La parole de son père n'avait pas de poids à la maison .

Le récit de TAT met l'accent sur une certaine défaillance de l'intériorisation des objets internes d'où la dépendance aux objets externes.

La relation de Chadia à son père pose question. Elle est très proche de lui. Dans le génogramme, elle dit qu'elle préfère parler de son père à la fin car c'est son point faible.

Son père est alcoolique et dit que Chadia c'est une copie de lui mais en version fille. Elle s'identifie beaucoup à son père qui, de son côté, lui a proposé, pour en finir avec la drogue, de quitter la maison tous les deux et de vivre seuls ensemble dans un appartement à eux seuls. Chadia affirme que son père c'est son homme, et la multitude d'hommes avec qui elle couche sont passagers et personne ne peut lui prendre sa place.

Durant son enfance, Chadia était la seule qui savait que son père avait une maîtresse russe qui travaillait avec lui dans un magasin de joaillerie. Le poids de la culpabilité pesait sur elle parce qu'elle n'a pas avoué ce secret à sa mère, et dit que ça peut être une des raisons derrière sa dépendance. Quand elle a grandi, elle a vendu tous les cadeaux en or que son père lui avait offert durant la « période » où elle avait cette maîtresse, comme pour garder le secret, et a donné leur argent en charité pour se « purifier ».

Sa grand-mère paternelle vivait avec eux et pour elle c'était la seule figure maternelle. Sa mort l'a beaucoup traumatisée et elle lui en a voulu pour longtemps de l'avoir abandonnée. Elle dit, en pleurant, qu'une partie d'elle est morte avec sa grand-mère .

Dans le TAT, on trouve une oscillation vers un fonctionnement œdipien associé à une intense angoisse de perte d'objet et une défaillance narcissique qui reste modérée. La relation hétérosexuelle est abordée dans un versant négatif où le partenaire est vu comme mauvais et

la relation est toujours porteuse de déceptions. Face à l'image masculine elle tend à se dévaloriser. L'image paternelle semble être une image agressive et autoritaire. L'image maternelle se trouve absente et marginale.

Au niveau générationnel, les parents sont considérés par Chadia comme agents stressants qui ne donnent pas le sentiment de sécurité à leurs enfants. Une inversion des rôles se traduit par un sentiment de responsabilité dans le but de compenser leurs souffrances relatives au passé. L'analyse du FAT de Chadia montre que l'abus de substance est un moyen d'échapper à l'angoisse insupportable et de rendre les conflits intrapsychiques supportables .

d- Comportements addictifs et maladies psychiques dans la famille

Le père de Chadia est alcoolique, fume de la marijuana et est joueur de poker. Le grand-père paternel de Chadia était alcoolique aussi. Sa sœur cadette s'automutile, les oncles maternels sont alcooliques et son oncle paternel est alcoolique et joueur de poker comme son père. La mère de Chadia est une grande fumeuse.

Quant aux maladies psychosomatiques dans la famille, le grand-père maternel souffrait de problèmes de reins et a dû se faire greffer un rein avant son décès, la grand-mère maternelle est décédée tôt à cause du diabète, le grand-père paternel est mort d'un cancer, la grand- mère paternelle a eu l'Alzheimer avant sa mort.

En ce qui concerne les maladies psychiques, la mère prend des antidépresseurs, la famille du père a des troubles psychiques divers, selon les dire de la mère. De son côté, Chadia relate que « tous sont fous dans ma famille, mais je crois que j'étais la plus folle parmi eux ».

e- Relation au corps et à la mort

Le corps de Chadia était un lieu de beaucoup de violence. Ses parents la frappaient fort quand elle n'allait pas à l'école ou quand elle s'enfuyait de la maison. Et les hommes qu'elle a fréquentés (les deux dealers et son mari était trop violents avec elle et la frappaient aussi).

A quinze ans, elle a été violée, et le plus dur dans ce viol pour la famille c'était qu'elle a perdu sa virginité, une honte dans une famille musulmane libanaise traditionnelle, c'est pourquoi, avant son mariage, on lui a recousu l'hymen afin de redevenir vierge pour que son mari ne sache rien de son passé.

Elle est tombée enceinte deux fois du premier dealer et a dû avorter, ce qui lui a causé beaucoup de peine.

De plus, elle a pratiqué la prostitution pour avoir l'argent nécessaire afin de continuer sa toxicomanie, une autre façon de placer son corps en gage.

f- Les mandats des liens transgénérationnels

Les problématiques transgénérationnelles entraînent la présence de « cryptes », de télescopes des générations et de processus identificatoires aliénants. Cela s'applique dans le cas de la famille de Chadia qu'il soit dans le côté paternel ou maternel, où des addictions dans leurs différents aspects sont présentes, ainsi que des séparations, des traumatismes de la guerre.

Tous les oncles maternels sont alcooliques, ce qui explique le choix inconscient d'un mari alcoolique, et plus encore consommateur de marijuana, joueur pathologique et coureur de jupons. Le père lui aussi s'est identifié à son père, qui était alcoolique. Chadia à son tour s'identifie à son père et tombe dans l'addiction et dans la dépendance au sexe. Elle exprime : « Mon père était un adolescent difficile. Il me disait : "tu ressembles totalement à moi mais en fille" ».

D'un autre côté, on trouve que la famille surtout maternelle qui est en Australie depuis plus de quarante ans, n'a pas pu bien s'intégrer dans la société où elle vit et reste attachée aux traditions libanaises et à l'éducation sévère, et cela a été transmis de la génération des grands-parents à la génération des parents et se reflète dans la troisième génération. Ainsi, la mère de Chadia interdit à celle-ci de sortir avec les garçons, la culpabilise parce qu'elle se masturbe, lui arrange un mariage précoce avec un libanais, et lui restitue l'hymen suite à l'incident du viol pour garder les traditions et prouver au mari que Chadia est toujours vierge.

La famille est en déplacement continu entre l'Australie et le Liban. La mère exprime : « *J'ai une grande affection pour le Liban que j'ai quitté quand j'avais huit ans, et quand j'y vais, je me réjouis. La séparation était difficile, nous sommes déchirés de la rupture avec notre grande famille au Liban* ».

Quant à Chadia elle relate : « J'étais toujours déchirée entre le Liban et L'Australie, dans chacun de ces deux pays, j'ai passé une partie de ma vie, et je ne sais pas vraiment à quel pays des deux j'appartiens le plus ».

A ne pas négliger les traumatismes de la guerre libanaise que les deux parents ont vécus. La famille de la mère finit par fuir la guerre en immigrant pour l'Australie. De son côté, le père a

vécu une grande partie de la guerre au Liban et y a même participé comme combattant dans un mouvement chiite.

Synthèse

L'angoisse abandonnique et l'instabilité émotionnelle de Chadia, son asthme infantile, sa santé fragile et le manque d'immunité, ses conduites délinquantes pendant l'adolescence, témoignent tous d'une problématique objectale, des défaillances dans la fonction primaire de holding de la mère, des difficultés de l'attachement, et souligne un dysfonctionnement familial.

L'ambiance paradoxale dans laquelle Chadia a grandi, entre l'Australie et le Liban, entre une société laïque moderne et une autre musulmane traditionnelle, trace son empreinte sur ses conduites qui témoignent d'une ambiguïté identitaire.

La migration, expérience de perte et de rupture, n'est pas sans dommage au niveau du fonctionnement psychique des membres de la famille, et s'apparente dans sa logique à un traumatisme. Ceux et celles qui y sont exposés s'en trouvent fragilisés et leur vulnérabilité peut s'exprimer longtemps après l'arrivée en terre nouvelle (Nathan, 1988). La rupture des liens s'impose parfois comme la seule réponse possible face aux désordres de la vie. La migration devient alors le lieu de la coupure. Pour la famille de Chadia leur migration était à l'origine d'une instabilité émotionnelle et d'une angoisse de séparation qui toutes les deux les poussent à passer leur vie, oscillés entre deux terres, deux cultures et deux appartenances.

La fuite de la guerre libanaise a sauvé leur vie, mais pour laisser de nouvelles blessures psychiques.

Le tiraillement et les conflits sont transmis ainsi que les non-dits, ce qui pousse une personne comme Chadia à trouver du recours dans la drogue comme réponse à l'ambiguïté de son appartenance culturelle.

La violence qu'elle a rencontrée dans son errance à la recherche de sens à sa vie, a accentué le besoin de la drogue comme pansement pour la psyché.

Conclusion

Un aperçu général des vingt cas que nous venons d'exposer montrent que les toxicomanies s'inscrivent dans des organisations psychopathologiques complexes, les dimensions transgénérationnelles et les constellations familiales nous semblent apporter des informations intéressantes sur la genèse de ces conduites addictives. En conjonction avec les événements de vie au cours du développement des sujets, nos données confirment notre hypothèse concernant le poids des dimensions générationnelles et transgénérationnelles chez les sujets développant une dépendance à une substance, en particulier l'héroïne.

Nous allons essayer par la suite d'approfondir la lecture de nos résultats afin d'élaborer nos synthèses.

3- Résultats et analyse

3.1. Résultats

Nous allons récapituler, à travers des tableaux illustratifs, les résultats des éléments essentiels retenus des données recueillies, et qui ont été résumés et interprétés dans le chapitre précédent afin de répondre aux objectifs de notre recherche.

Ces tableaux illustratifs visent à faciliter notre travail d'analyse pour répondre à la problématique évoquée dans notre hypothèse générale qui se concentre sur le relationnel, jouant à trois niveaux : La relation aux objets parentaux primaires, au système familial et aux histoires de famille non résolues qui se transmettent d'une génération à l'autre et se répètent à travers le jeune héroïnomane. Bien que les données recueillies soient riches d'informations qui intéressent notre curiosité scientifique et qui méritent une analyse profonde, nous avons opté à délimiter notre analyse aux seuls éléments et variables que nous avons estimés utiles pour réaliser nos objectifs de recherche, tout en espérant profiter de ces données dans des recherches ultérieures qui servent également notre motivation principale qui concerne la problématique addictive dans ces dimensions les plus diverses.

Les éléments présentés dans les treize tableaux suivants sont ceux qui ont été les plus fréquemment évoqués par les sujets de notre échantillon et qui constituent des assises pour l'analyse.

Tableau 1: Les données personnelles sur l'enfance des jeunes toxicomanes relatives aux principales difficultés vécues

Difficulté vécue	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Conception non désirée	2	20%	4	40%	6	30 %
Accouchement difficile	4	40%	3	30%	7	35 %
Rejet pour le sexe	1	10%	5	50%	6	30 %
Maladies pendant l'enfance	7	70%	8	80%	15	75 %
Hyperactivité/ déficit d'attention	5	50%	1	10%	6	30 %
Angoisse de séparation	4	40%	2	20%	6	30 %
Difficultés scolaire	10	100%	4	40%	14	70 %

Tableau 2: Les données personnelles sur les conduites des jeunes toxicomanes relatives aux principales conduites liées à leur addiction

Conduite	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Automutilation	3	30%	3	30%	6	30 %
Tentative de suicide	3	30%	1	10%	4	20 %
Overdose	3	30%	1	10%	4	20 %
Autres conduites addictives	6	60%	4	40%	10	50 %
Prostitution	2	20%	5	50%	7	35 %
Transgression de la loi (trafic de drogue, vol, ...)	9	90%	3	30%	12	60 %

Tableau 3: Les évènements traumatisants pendant l'enfance et l'adolescence des jeunes toxicomanes

Evènement	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Abus sexuel	4	40%	10	100%	14	70%
Divorce des parents	2	20%	2	20%	4	20%
Vécu de la guerre	10	100%	6	60%	16	80%
Déplacements répétitifs	4	40%	3	30%	7	35%
Mort traumatique d'un proche	6	60%	5	50%	11	55%

Tableau 4: Les défaillances dans les fonctions maternelles chez les jeunes toxicomanes

Caractéristique	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Mère dépressive	5	50%	4	40%	9	45 %
Mère soumise/victime	2	20%	3	30%	5	25 %
Mère surprotectrice	3	30%			3	15 %
Mère autoritaire/violente	6	60%	3	30%	9	45 %
Mère érotisante	2	20%			2	10 %
Mère négligente			6	60%	6	30 %
Mère absente pendant l'enfance			2	20%	2	10 %
Mère toxicomane			2	20%	2	10 %
Mère qui a d'autres conduites addictives	2	20%	2	20%	4	20 %

Tableau 5: Les défaillances dans les fonctions paternelles chez les Jeunes toxicomanes

Caractéristique	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Père autoritaire	2	20%	2	20%	4	20 %
Père violent	4	40%	5	50%	9	45 %
Père périphérique	4	40%	2	20%	6	30 %
Père surprotecteur	1	10%			1	10 %
Père absent pendant l'enfance	2	20%	3	30%	5	25 %
Père érotisant			4	40%	4	20 %
Père toxicomane			5	50%	5	25 %
Père qui a d'autres conduites addictives	5	50%	7	70%	12	60 %
Père transgresseur de la loi	1	10%	3	30%	4	20 %
Père combattant pendant la guerre libanaise	6	60%	5	50%	9	45 %

Tableau 6: Les défaillances au niveau du système familial chez les jeunes toxicomanes

Problématique	Hommes	%	Femmes	%	Nombre Total	% moyen
Conflits conjugaux	7	70%	8	80%	15	75 %
Préférence pour un autre frère ou sœur	3	30%	6	60%	9	45 %
Enfant parentifié	1	10%			1	5 %
Relation œdipienne avec le parent de sexe opposé	4	40%	5	50%	9	45%
Problème de communication	10	10%	10	100%	20	100
Inversement des rôles parentaux	4	40%			4	20 %
Maltraitance/violence	10	100%	10	100%	20	100 %
Système familial rigide	7	70%	2	20%	9	45 %
Système familial diffus	3	30%	7	70%	10	50 %

Tableau 7: Les défaillances au niveau du système familial dans la famille du père

Problématique	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Conflits conjugaux	3	30%	4	40%	7	35 %
Préférence pour un autre frère ou sœur	1	10%	1	10%	2	10 %
Enfant parentifié	4	40%	2	20%	6	30 %
Relation œdipienne avec le parent de sexe opposé	2	20%	4	40%	6	30 %
Problèmes de communication	7	70%	4	40%	11	55 %
Inversement des rôles parentaux	2	20%	3	30%	5	25 %
Maltraitance / violence	2	20%	5	50%	7	35 %
Système familial rigide	3	30%	4	40%	7	35 %
Système familial diffus	1	10%	2	20%	3	15 %

Tableau 8: Les défaillances au niveau du système familial dans la famille de la mère

Problématique	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Conflits conjugaux	3	30%	4	40%	5	25 %
Préférence pour un autre frère ou sœur	4	40%	5	50%	9	45 %
Enfant parentifié			2	20%	2	10 %
Relation œdipienne avec le parent de sexe opposé	4	40%	3	30%	7	35 %
Problèmes de communication	5	50%	6	60%	11	55 %
Inversement des rôles parentaux	1	10%			1	5 %
Maltraitance/violence	6	60%	8	80%	14	70 %
Système familial rigide	6	60%	5	50%	11	55 %
Système familial diffus	1	10%	2	20%	3	15 %

Tableau 9: Les addictions, les troubles psychiques et les maladies psychosomatiques dans la famille du jeune toxicomane

Problématique	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Toxicomanie	3	30%	6	60%	9	45 %
Autres addictions	4	40%	9	90%	13	65 %
Dépression	5	50%	7	70%	12	60 %
Psychose	0	0%	0	0%	0	0%
Autres troubles psychiques	1	10%	5	50%	6	30 %
Troubles des conduites alimentaires (Anorexie mentale/ boulimie/ obésité)	6	60%	3	30%	7	35 %
Cancer	1	10%	4	40%	5	25 %
Autres maladies psychosomatiques	4	40%	6	60%	10	50 %

Tableau 10: Les addictions, les troubles psychiatrique et les maladies psychosomatiques dans la famille du père

Problématique	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Toxicomanie	5	50%	3	30%	8	40 %
Autres addictions	8	80%	4	40%	12	60 %
Dépression	3	30%	2	20%	5	25 %
Psychose	1	10%			1	5 %
Autres troubles psychiques	4	40%	6	60%	10	50 %
Troubles des conduites alimentaires (Anorexie mentale/boulimie/ Obésité)	1	10%	1	10%	2	10 %
Cancer	4	40%	5	50%	9	45 %
Autres maladies psychosomatiques	6	60%	7	70%	13	65 %

Tableau 11: Les addictions, les troubles psychiatrique et les maladies psychosomatiques dans la famille de la mère

Problématique	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Toxicomanie	4	40%	4	40%	8	40 %
Autres addictions	4	40%	8	80%	12	60 %
Dépression	4	40%	5	50%	9	45 %
Psychose	0	0%	3	30%	3	15 %
Autres troubles psychiques	4	40%	4	40%	8	40 %
Troubles des conduites alimentaires (Anorexie mentale/boulimie/ obésité)	1	10%	2	20%	3	15 %
Cancer	2	20%	1	10%	3	15 %
Autres maladies psychosomatiques	4	40%	5	50%	9	45 %

Tableau 12: Les traumatismes vécus au niveau transgénérationnel dans la famille du père

Problèmes	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Déplacement	7	70%	3	30%	10	50 %
Génocide/Massacre	2	20%			2	10 %
Immigration	1	10%	4	40%	5	25 %
Mort/disparition traumatique d'un proche	8	80%	4	40%	12	60 %
Vécu traumatique de la guerre libanaise	10	100%	8	80%	18	90 %
Participation à la guerre	7	70%	4	40%	11	55 %
Kidnapping et torture	1	10%	1	10%	2	10 %
Transgression de la loi	6	60%	1	10%	7	35 %
Honte sociale/secret inavoué	3	30%	1	10%	4	20 %
Enfant prenant le rôle d'un disparu	3	30%	2	20%	5	25 %
Problèmes d'appartenance	6	60%	2	20%	8	40 %

Tableau 13: Les traumatismes vécus au niveau transgénérationnel dans la famille de la mère

Problèmes	Hommes	%	Femmes	%	Nombre total	%
Déplacement	5	50%	5	50%	10	50 %
Génocide/Massacre	2	20%	3	30%	5	25 %
Immigration	1	10%	6	60%	7	35 %
Mort/disparition traumatique d'un proche	6	60%	8	80%	14	70 %
Vécu traumatique de la guerre libanaise	9	90%	8	80%	17	85 %
Participation à la guerre	6	60%	2	20%	8	40 %
Kidnapping et torture	1	10%	2	20%	3	15 %
Transgression de la loi	3	30%	2	20%	5	25 %
Honte sociale/secret inavoué	2	20%	2	20%	4	20 %
Enfant prenant le rôle d'un disparu			1	10%	1	5 %
Problèmes d'appartenance	4	40%	4	40%	8	80 %

A travers les tableaux ci-dessus, nous avons essayé de résumer les principaux éléments de la problématique addictive chez les sujets de notre échantillon vu sous l'angle du générationnel et du transgénérationnel, objet de notre recherche.

Nous allons par la suite procéder à notre analyse dont l'objectif sera de vérifier si les données recueillies confrontées aux travaux exposés dans la première partie de cette thèse peuvent confirmer notre hypothèse générale qui consiste à percevoir la problématique de la dépendance se jouant à trois niveaux qui se complètent, la rencontre nécessaire de trois éléments essentiels, qui sont : la défaillance dans la relation aux objets parentaux primaires, le dysfonctionnement au niveau des relations intrafamiliales et les mandats des liens transgénérationnels.

3.2. Analyse des résultats

Les résultats des données que révèle le Tableau 1 montrent l'existence de difficultés diverses vécues pendant l'enfance du sujet toxicomane, qui commencent dès sa conception et accompagnent ses premières années. 20% des jeunes hommes et 40% des jeunes femmes expriment avoir été un bébé non désiré, avec dans certains cas, des tentatives sérieuses d'avortement non réussies de la part de la mère. Une des jeunes femmes postule que sa conception était « une malchance » ; une mère avoue « j'ai fait tout mon possible pour l'avorter » ; et un jeune homme révèle être arrivé au monde après deux avortements antérieurs réussis, mais les essais de la mère de se débarrasser de lui ont échoué. L'on voit ici la présence dominatrice de la pulsion de mort chez ces sujets, et vient plus tard le produit toxique pour se mettre au service de cette pulsion qui vise à l'anéantissement du Moi, une sorte d'accomplissement du désir de la mère. En fait, le parcours de vie de ces sujets témoigne du retournement des pulsions de destruction vers le Moi.

L'accouchement difficile de 40% des cas de jeunes hommes et 30% de jeunes femmes présente-t-il une expression du refus de donner vie au sujet, une dernière tentative d'accomplir l'avortement qui n'a pas pu réussir ? Une des mères parle du cordon ombilical serré autour du cou de sa fille, lors de l'accouchement qui menaçait sa vie, (une scène d'exécution ou de suicide par pendaison ?!). La fille, plus tard, a fait des overdoses répétitives, et c'est son père qui l'a sauvé du dernier incendie d'overdose en lui faisant une respiration artificielle. Un acte qui pourrait être symbolique après lequel elle a décidé de commencer sa cure. Une autre mère raconte avoir accouché dans la voiture avant d'arriver à l'hôpital, avec une grande hémorragie, ce qui a mis la vie de la mère et du bébé-fille en danger. Plus tard cette fille a passé sa vie à se mettre en danger.

50% des jeunes femmes de notre échantillon étaient refusées pour leur sexe. Une de ses femmes, par exemple, a refusé après sa naissance le sein maternel et elle vomissait tous les jours, et pour compenser le fait de n'être pas née garçon, son corps s'est couvert de poils, une tentative inconsciente d'accomplir le désir des parents qui voulaient un garçon à tout prix. Une autre fille refusée pour son sexe est devenue garçon manqué et voulait toujours affirmer sa virilité par son agressivité d'une part et par ses essais de protéger ses sœurs d'autre part.

Ce décalage entre l'enfant désiré et l'enfant réel a-t-il fait que la place centrale du Moi, désertée par ces affects primaires violents de refus, soit devenue une place vide et l'angoisse

de ce vide intérieur se soit orientée vers l'extérieur pour être remplie par un objet qui ne rejette pas, la drogue ? Sans doute, les blessures profondes de rejet favorisent la dépendance aux objets externes mis en avant pour pallier ces défaillances des objets internes.

Les sujets de notre échantillon, dans leur majorité, 70% des jeunes hommes et 80% des jeunes femmes, ont développé des maladies diverses pendant leur enfance, surtout au niveau du système respiratoire, et certains d'entre eux ont subi des opérations chirurgicales ou ont été hospitalisés pour des raisons diverses.

Ferenczi (1929) rappelle le fait que les enfants mal accueillis, désinvestis affectivement, peuvent développer des maladies pour disparaître. Si la force vitale du nouveau-né, encore fragile, a besoin d'être renforcée par une mère « suffisamment bonne » qui protège son enfant des agressions physiques et psychiques, la défaillance à ce niveau pourrait s'exprimer dans le corps de cet enfant, d'où la fréquence de maladies, surtout respiratoires dans notre échantillon, où le blocage de la respiration pourrait être en rapport avec un mauvais objet intériorisé, comme si l'enfant dans ce cas est condamné à ne pouvoir rejeter ce qu'il a absorbé agressivement.

L'hyperactivité et le déficit d'attention chez 50% des jeunes hommes et 30% des jeunes femmes, révèlent-elles la recherche d'une place qu'ils ne trouvent pas ?

Rappelons ici les mots de Durif-Varembont (2007) que l'hyperactivité peut être la figure majeure de la résistance de l'enfant comme sujet. Le fait qu'un enfant ne tienne pas en place peut indiquer que la place n'est pas sûre et qu'il la cherche. Il s'ennuie d'un ennui qui n'est pas reconnu parce que n'est pas reconnu en lui le sujet d'un désir propre. Par son hyperactivité, il fait face à la mort, parce que « bouger est un moyen de résister aux tentatives de conformation que l'enfant soit sage comme une image, immobile et déjà mort subjectivement ». De son côté, Dolto (1984) suggère que « s'agiter est un moyen de faire revenir un sentiment de vie dont ses enfants se sentent exclus par défaut de paroles véritablement adressées à eux par leurs parents, par défaut de liens symboliques humanisants et constitutifs de l'image inconsciente du corps » (Dolto, 1984).

40% des jeunes hommes et 20% des jeunes femmes ont exprimé d'une façon claire la grande peur qu'ils avaient durant leur enfance de se séparer de leur mère, et l'angoisse insupportable de quitter la maison pour l'école. Certains d'entre eux, pour supporter la séparation terrifiante, se sont attachés à des objets transitionnels. Un jeune homme, par exemple, qui souffrait en allant à la garderie puis à l'école, dit : « Quand j'étais petit j'avais un ours en peluche qui était

trop important pour moi au point que je ne pouvais pas dormir sans qu'il soit entre mes mains ». Un autre révèle : « J'ai sucé mon doigt jusqu'à l'âge de treize ans et j'avais toujours besoin de toucher un tissu pour dormir, et maintenant j'ai toujours à la main un mouchoir et je ne cesse pas de le froter pour me sentir moins angoissé ». Cela nous rappelle que l'une des caractéristiques de l'objet transitionnel, selon Winnicott (1969), c'est la notion essentielle d'objet créé-trouvé et l'objet qui « dégage l'enfant du besoin de la mère elle-même », devenant « plus important qu'elle ».

En ce qui concerne l'école, tous les jeunes hommes sans exception ont eu des difficultés scolaires en comparaison avec 40% des jeunes femmes. Il semble que l'échec scolaire puisse constituer une conséquence des perturbations au niveau de l'image de soi, surtout chez les garçons, et une réflexion des problèmes difficiles à résoudre dans la vie familiale.

En ce qui concerne les conduites en relations avec la toxicomanie des sujets de notre échantillon, des automutilations, des tentatives de suicide et des overdoses ont été observées, comme le révèlent les données du Tableau 2.

L'automutilation est-elle la réalisation d'un désir d'auto-effacement ? Ce désir est-il le sien ou celui supposé de la mère ? Cette sensation de peau qui s'efface ne correspond-t-elle pas à ce désir ? Et les tentatives de suicide, n'ont-elles pas été l'accomplissement dans l'imagination du sujet de ce désir supposé de sa mère ? Une façon de lui faire plaisir en disparaissant et en même temps de lui faire du mal ? Ce qui suscite ces questions c'est le fait que la plupart des sujets de notre échantillon qui ont pratiqué l'automutilation et qui ont fait des tentatives de suicides sont les mêmes qui ont été enfants non désirés.

Que dire des overdoses ? Comme l'a montré plusieurs auteurs, l'addiction à l'héroïne constitue une pathologie de l'excès. La recherche des sensations jouissance-mort chez l'héroïnomane, semble avoir pour fonction de pallier l'effondrement psychique dans une quête de plaisir sans limite, où semblent s'imbriquer le refus de la frustration causé par l'intolérance au manque qui prend la forme d'une carence insupportable, génératrice d'angoisses de mort. Le sujet viserait à inscrire un continuum entre plaisir et mort psychique, ce que serait l'extase de l'addiction, une extase mortifère. Un jeu délibéré avec la mort, une forme de mise en jeu de soi qui impliquerait la possibilité non négligeable de perdre la vie.

Le Tableau 2 nous montre aussi que 60% des jeunes hommes et 40% des jeunes femmes ne se contentent pas de la seule prise de drogue. A noter ici que tous les sujets de notre échantillon étaient polytoxicomanes et la prise de l'héroïne était l'apogée de leur galère qui les a incités à

envisager une cure. Plusieurs d'entre eux ont consommé en parallèle différentes drogues. L'un d'eux a révélé : « Ce que j'aimais le plus, c'était de consommer de l'héroïne avec de la LSD, un « full trip », un voyage complet, vers un autre monde où l'on a le droit de rêver ». Un autre avoue : « J'étais prêt à consommer toutes sortes de drogues, et chacune avait sa propre signification chez moi ». La prise de risque, surtout à travers la conduite à haute vitesse, était la plus évoquée parmi les autres addictions que les sujets de notre échantillon en étaient dépendants. Une autre façon de confronter la mort.

La transgression de la loi, surtout par les vols et le trafic de la drogue, a accompagné la toxicomanie de 90% des jeunes hommes et 30% des jeunes femmes. De plus 20% des jeunes hommes et 50% des jeunes femmes se sont adonnés à la prostitution où leur corps était utilisé en contrepartie de l'argent.

A se rappeler ici que l'héroïne, comparée par Olievenstein (1991) à la pomme du Paradis perdu, est le produit fascinant pour lequel bien des gens sont prêts à voler, à cambrioler, à tuer, à se prostituer. On meurt d'envie de la prendre même si on est conscient que l'on va être puni.

De plus, la vie des sujets de notre échantillon a été encombrée d'évènements traumatisants, comme le montre le Tableau 3, qu'il s'agisse de l'abus sexuel dont 40% des jeunes hommes et toutes les jeunes femmes (100%) de notre échantillon en ont été victimes, ou du divorce des parents qui a bouleversé la vie de 20% de ces jeunes. La guerre libanaise, quant à elle, a désorganisé le vécu de tous les jeunes hommes (100%) et de 60% des jeunes femmes, et a amené à des déplacements répétitifs de 40% des jeunes hommes et de 30% des jeunes femmes. De plus, la mort traumatique d'un des proches a touché 60% des jeunes hommes et 50% des jeunes femmes pendant leur enfance ou leur première adolescence.

L'abus sexuel à l'enfance marque toujours le corps et le psychisme fragile de l'enfant par des cicatrices profondes. Rappelons ici Ferenczi (1929) qui voit que le traumatisme de l'abus sexuel, est le résultat d'une réponse inadéquate de l'adulte à la demande de tendresse de l'enfant. L'ambivalence dans les émotions de l'enfant, suscitée par l'abus, entre innocence et culpabilité, donne lieu à une forme de maturité pathogène que Ferenczi nomme « progression traumatique » qui peut trouver dans la toxicomanie un moyen de se punir ou de se purifier.

Quant au divorce des parents, les sujets de notre échantillon ont exprimé être placés dans un clivage de loyauté, et c'est lorsqu'ils devaient choisir entre leurs deux parents que le danger

était le plus présent. L'état de tiraillement les poursuit jusqu'à présent comme ils l'expriment bien.

Pour parler de la guerre libanaise et son impact sur les sujets de notre échantillon, nous sommes d'accord avec M. Gannagé (1998) que ce qui a fait traumatisme, comme d'ailleurs dans toute guerre, c'est bien l'incapacité de l'appareil psychique à liquider une surcharge émotionnelle ; le principe de plaisir dont le rôle serait d'évacuer cet excès de tension se trouve alors mis hors-jeu par la soudaineté et la violence d'un trauma. Il y a alors un débordement énergétique du Moi incapable de maîtrise et l'appareil psychique est contraint de lier les excitations. Se réfugier dans la drogue (comme dans les abris et les caves des immeubles) paraît être une défense un peu trop investie pendant la guerre libanaise.

A rappeler ici les constatations d'Angel P. et Angel S. (1989) qui stipulent que la surreprésentation des traumatismes vécus précède l'entrée du jeune dans la toxicomanie : de nombreux décès ou accidents sont survenus dans les années précédant l'adolescence de ces jeunes. Cette constatation rejoint nos données. Il semble que dans les vécus traumatiques, quand ils sont au-delà d'une tolérance normale, le sujet sombre dans la dépression ou arrive à mettre en place des défenses pour lutter contre cette dépression. La toxicomanie peut présenter dans ce cas une de ces défenses.

Concernant les données du Tableau 4, elles révèlent les résultats suivants au sujet des défaillances dans les fonctions maternelles chez les jeunes toxicomanes de notre échantillon : 50% des mères des jeunes hommes et 40% de celles des jeunes femmes sont décrites comme dépressives, 20% et 30% sont vues comme soumises et victimes, 30% des mères des jeunes hommes sont surprotectrice alors que 60% des mères des jeunes femmes sont négligentes. Les mères décrites comme autoritaires et violente constituent 60% dans les cas des jeunes hommes et 30% dans les cas des jeunes femmes. Deux des jeunes hommes ont parlé d'une mère érotisante. La mère a été absente dans la vie de deux jeunes femmes et elle est toxicomane chez deux autres. Quatre des mères ont d'autres conduites addictives surtout la pharmacodépendance et le tabagisme.

En ce qui concerne la dépression de la mère, Anzieu (2013) a évoqué que « Si le moi de la femme/mère ne présente pas une structure narcissique suffisamment solide, le mouvement projectif qui se met en marche lors de la naissance, inclut l'enfant dans le cercle infernal de la dépression ». (Anzieu 2013) L'enfant devenu adolescent peut chercher un refuge contre la dépression dans une « néoréalité délirante », à savoir la toxicomanie.

Quand l'objet primaire est trop présent, comme c'est le cas de 30% des jeunes hommes, ou trop absent, comme dans le cas de 60% des jeunes femmes, ce qui ne permet pas à l'enfant de faire l'expérience d'un auto-érotisme, ni de se donner les moyens de sa subjectivité, le sujet peut aller dans le sens de produire des solutions extrêmes de l'ordre de l'agrippement à l'objet, d'où le recours à l'addiction (ad-dictus : voué à).

La défaillance dans la fonction maternelle, faute d'accompagnement maternel primaire adéquat, comme suggèrent Mijolla et Mijolla (1997), l'objet primaire, l'objet de désir, qui n'a pas pu être constitué comme objet perdu, ne peut être ni représenté ni retrouvé. Le sujet sera confronté au manque, au vide à combler. Il y aurait discontinuité du sentiment d'être et tentative d'y faire face par la quête répétitive d'une satisfaction par l'objet drogue qui n'a d'effet que provisoire, relançant l'insatisfaction.

La conduite addictive établit ainsi un pseudo-objet sous contrôle : dans cette perspective, l'objet d'addiction s'offre comme néo-objet de substitution, toujours à disposition, maîtrisable, n'apportant aucune confrontation à la différence et évitant ainsi les angoisses de séparation et de castration.

Au sujet des défaillances dans les fonctions paternelles, le Tableau 5 révèle des proportions non négligeables de pères violents, 40% chez les jeunes hommes et 50% chez les jeunes filles, d'absence du père pendant l'enfance, 20% chez les jeunes hommes et 30% chez les jeunes femmes. Un nombre considérable de pères toxicomanes chez les jeunes filles, 50%, des pères ayant d'autres conduites addictives, 50% chez les jeunes hommes et 70% chez les jeunes femmes, et des pères qui ont participé à la guerre libanaise, 60% chez les jeunes hommes et 50% chez les jeunes femmes.

En tant que figure symbolique, l'enfant a besoin d'avoir des liens avec une image paternelle à qui il donne confiance. Cela s'avère essentiel à sa survie psychique et relationnelle. Cependant, lorsque la fonction paternelle est défaillante, que ça soit du côté de l'absence du père ou de son incompetence ou de sa violence, surtout que la majorité des pères étaient des combattants pendant la guerre, l'enfant s'élabore à partir d'une figure déficiente, avec toutes les conséquences que cela puisse avoir. La perte de l'imaginaire paternel fait omettre tous les repères, les représentations psychiques s'affaiblissent, la marque des générations devient ambiguë.

Quant à la défaillance au niveau du système familial, les données du Tableau 6 montrent que tous les sujets, sans exception, souffrent d'une mauvaise communication familiale et que tous

ont été sujets de maltraitance ou de violence. 70% des jeunes hommes et 80% des jeunes femmes vivent dans des familles où des conflits conjugaux sont présents. 30% des jeunes hommes et 60% des jeunes femmes ont enduré de la préférence de l'un ou des deux parents pour un autre frère ou sœur. Dans 40% des cas de jeunes hommes et 50% des cas de jeunes femmes la relation œdipienne est toujours présente avec le parent de sexe opposé. En ce qui concerne le système familial, 70% des jeunes hommes et 20% des jeunes femmes trouvent qu'il est un système rigide dans leur cas, tandis que 30% des jeunes hommes et 70% des jeunes femmes trouvent qu'il est un système diffuse.

L'absence de communication dans les familles des jeunes sujets de notre échantillon occupe l'avant-plan, ce qui mène à une circularité dysfonctionnelle qui enferme ses membres dans un mode relationnel inadéquat. Les conflits intrafamiliaux, les actes de violence et la maltraitance sont installés.

La notion de maltraitance englobe, dans les cas des jeunes sujets de notre échantillon, d'une part les sévices, les agressions physiques et les brutalités exercés par l'un des parents au moins, d'autre part, les violences émotionnelles telles que l'abandon, le rejet, les exigences excessives et inadaptées, le mépris, les comportements sadiques et pervers, ainsi que les négligences, menant à des lésions psychiques qui ont probablement favorisé le recours à la drogue.

La rigidité dans le système familial de 70% des jeunes hommes, transmet des figures surmoïques surtout maternelles exigeant qu'on fasse tout par devoir, non par plaisir, en négligeant les désirs du sujet. En revanche, dans le système de famille diffus dans 70% des cas de jeunes femmes, les carences affectives sont claires, les conflits sont ouverts, les actes transgressifs ou délinquants se trouvent acceptables, la confusion de génération est manifeste, la négligence gouverne les relations aux enfants.

Les tableaux Tableau 7 et Tableau 8 qui transmettent les données relatives à la défaillance au niveau du système familial paternel et celui maternel, montrent que les parents ne sont pas les protagonistes uniques des relations dysfonctionnelles, mais qu'ils sont, de leur côté, inscrits inconsciemment dans leur propre système familial dysfonctionnel. Cela nous explique que trois générations soient impliquées dans ce type d'identification.

D'autre part, Angel P. et Angel S. (1989), possédant une expérience approfondie avec des familles de toxicomanes, observent qu'un grand nombre de familles d'héroïnomanes qui

viennent consulter présentent des états dépressifs, d'alcoolisme, de toxicomanie, de symptomatologie névrotique grave, et des troubles somatiques sévères et invalidants.

Les données du Tableau 9 concernant les addictions, les troubles psychiatriques et les maladies psychosomatiques dans la famille des jeunes toxicomanes, montrent qu'il existe dans 30% des familles des jeunes hommes autres membres toxicomanes, dans 40% : autres addictions ; dans 50% : des dépressions ; dans 60% : des troubles alimentaires et dans 40% : des maladies psychosomatiques.

Du côté des familles des jeunes femmes il existe dans 60% des cas autres membres toxicomanes ; dans 90% : autres addictions ; dans 70% : des dépressions ; dans 50% : des troubles psychiques ; dans 30% : des troubles alimentaires ; dans 40% : des cancers et dans 60% : des maladies psychosomatiques. De ce fait, il semble que nos résultats rejoignent les observations d'Angel P. et Angel S. à propos de la famille des héroïnomanes.

De ce fait, l'addiction dépasse les conflits intrapsychiques prévalents, et semble être également la résultante d'un dysfonctionnement qui se joue au niveau des relations familiales. Le comportement pathologique du sujet dépendant sera ainsi lié à un système d'interrelations familiales qui le perpétuent.

De plus, Angel P. et Angel S. & Geberowicz B. (1983) ont constaté que des conduites d'automédication sont fréquentes dans la famille élargie, ainsi qu'une disposition chronique à l'autodestruction, qui s'est développée pendant plusieurs générations et se révèle maintenant de façon radicale. La fascination pour la marginalité, les pulsions de mort, le fantasme ordalique transmis par l'histoire familiale se réaliseront par la pathologie du jeune toxicomane. Ces auteurs ont observé également dans les familles des héroïnomanes des représentations mythiques familiales qui véhiculent et défendent l'image de la famille transgénérationnelle aussi bien que l'image de la famille actuelle.

Ces constatations rejoignent les données des tableaux Tableau 10 et 11 ci-dessus, où il semble que les addictions, la dépression, les maladies organiques graves (le cancer par exemple), les troubles psychiques et psychosomatiques, qui se trouvent dans deux générations successives, puissent être liés à un travail de deuil non fait qui traverse la personne ou ses descendants par des fidélités familiales inconscientes, des liens transgénérationnels et des loyautés invisibles.

Dans les tableaux Tableau 12 et Tableau 13, nous avons résumé les vécus traumatisants transgénérationnels que nous avons pu repérer à partir des données recueillies dans les entretiens avec les jeunes sujets et leurs parents. Le Tableau 12 comporte les traumatismes

que la famille paternelle a vécus, et le Tableau 13 inclut les traumatismes que la famille maternelle a vécus.

Dans dix familles paternelles, des déplacements traumatiques ont été évoqués, surtout de la Palestine après la « Naqba » de 1948, de la Turquie à l'époque de la première guerre mondiale, de la Syrie et de l'Égypte en raison du régime totalitaire répressif ; deux de ces familles avaient des ascendants rescapés du génocide arménien ; cinq familles ont émigré pour fuir la guerre libanaise et se sont installées à l'étranger sans jamais avoir pu s'intégrer totalement et restent attachées à leurs racines ; onze morts traumatiques sont révélées, surtout dans des accidents de voiture ou de moto à un jeune âge, ainsi qu'une disparition dont le sort de la personne n'a pas été connu ; dix-huit familles paternelles ont vécu les traumatismes de la guerre libanaise ; onze de ces familles avaient des membres qui ont participé aux combats ; deux familles ont souffert de kidnapping suivi de torture d'un membre de la famille dans les prisons syriennes : dans sept familles se trouvent des membres qui ont fait des délits : dans quatre familles, des secrets enfouis et des événements honteux ont été révélés ; dans cinq familles un membre, surtout le sujet toxicomane, a pris le rôle d'un disparu honoré et idéalisé ; et enfin nous avons trouvé que huit de ces familles paternelles n'ont pas pu bien s'intégrer dans la société où elles résident, surtout les arméniens et les palestiniens qui vivent au Liban depuis des décennies mais se sentent toujours étrangers, encore les libanais qui vivent à l'étranger, en Australie, en Suisse, en Afrique et en Arabie Saoudite dans notre échantillon, mais qui sont restés attachés à leurs racines, préférant que leurs enfants toxicomanes se soignent dans leur pays d'origine.

Les traumatismes transgénérationnels transmis par la famille maternelle des jeunes sujets de notre échantillon semblent être presque similaires à ceux vécus par la famille paternelle comme le montrent les données du Tableau 13, ce qui nous laisse penser qu'il est probable que les traumatismes s'attirent horizontalement (entre les familles qui se relient entre elles par des mariages) aussi bien qu'ils se transmettent verticalement (des ascendants aux descendants).

Un travail sur la transmission transgénérationnelle de traumatismes graves et des identifications inconscientes permet souvent d'en retrouver l'origine à plusieurs générations.

Il est nécessaire

Ainsi, nous pouvons rejoindre Faimberg (1993) dans sa constatation que le processus psychopathologique du toxicomane entre dans le cadre du télescopage des générations, que la transmission d'une histoire qui n'appartient pas à la vie psychique du sujet se révèle cliniquement comme étant organisatrice du psychisme de celui-ci, et que « La prise du toxique remplace l'inquiétante étrangeté imposée au sujet par le fantôme, par une inquiétante familiarité artificielle que le sujet se procure lui-même (c'est la liberté dans l'esclavage !) ».

Chapitre III : Synthèse et discussion

1- Synthèse

La définition de l'addiction à partir de l'étymologie associe trois notions : l'esclavage, le corps et la dépendance .

La dépendance à l'héroïne nous interroge par sa situation au carrefour du soma et de la psyché, car elles détournent les fonctions physiologiques, les sensations et les émotions de leurs conduites de régulation pour des conduites d'excès. Ces conduites, dont la source d'excitation est externe - l'objet héroïne, ont pour but de combler un besoin primordial ou de relayer les défaillances internes liées au vécu d'une absence ou d'une surprésence de l'objet primaire .

Comme le pharmakon, à la fois poison et remède, l'héroïne exalte cette présence-substance de l'objet primaire à travers des sensations hallucinées, qui ne parviennent pas à se transmuier en représentations figuratives stables.

D'ailleurs, l'idée centrale de nombreux psychanalystes est que la quête addictive est la recherche dans le monde externe d'une solution au manque d'introjection d'un environnement maternant, d'une « fonction maternante primaire manquante ». Ces sujets addicts, « esclaves de la quantité », luttent contre un vide psychique, « cette dépression blanche », recourant ainsi à l'économie de la perception, vers un retour à l'excitation-sensation. En tant que jouissance au-delà du principe de plaisir, l'addiction comme passion du toxique, est en lien à cet objet-chose intransformable relevant non pas de l'objet transitionnel mais de « l'objet transitoire » toujours « dehors », toujours à recréer, incapable de résoudre durablement le manque interne, l'absence .

La substance addictive constitue un produit trouvé-créé par la partie primitive clivée du psychisme de l'addicté, qui reste un psychosoma indifférencié du fait de l'empreinte laissée par l'autre primordial, lui-même traumatisé. Cet autre n'a pas permis à la part primitive clivée d'accéder à la représentation internalisée d'une instance pare-excitation réconfortante pour restaurer, même brièvement, l'état primitif de dyade où cesse toute excitation affective .

Les sujets addicts intériorisent l'objet primaire, mais en tant que non-personne, comme une chose en soi insatisfaisante, comme un trop-plein excitant qui a corrompu leur contact au monde en ses origines mêmes. Pour ces sujets, l'échec résulte de la privation partielle de la

première couche de l'appareil psychique, le pare-excitation, en principe contenant et source de sécurité. Chez eux, l'appareil psychique est troué et crée des procédés d'autoconservation paradoxaux, qui miment une sorte d'envers du processus auto-érotique sur fond de désintrication d'Eros et de Thanatos, au profit de celle-ci. Cette désintrication laisse Thanatos maîtresse des lieux .

L'addiction se déclare lorsqu'il apparaît que le sujet n'a plus vraiment besoin de l'autre qu'en tant que substance. Un clivage se produit souvent à l'adolescence, au moment du travail de séparation des objets primaires, plus objets nourriciers qu'objets porteurs de sens. Ainsi l'objet addictif ne représente pas l'objet primaire, il le remplace et crée les conditions paradoxales d'une répétition de la destruction de l'autre .

Après une prévalence initiale de la mère comme objet d'amour, il devrait advenir chez tout sujet humain un passage nécessaire à la prévalence du père par le biais d'une opération de séparation d'avec la mère. L'enfant ne pourrait ainsi se dégager de la toute-puissance maternelle que par la médiation du père via ce fameux « tiers séparateur ». En outre, Pour tout un courant analytique, cette séparation par le père serait la condition sine qua non de l'identification sexuée du sujet en même temps qu'elle l'inscrirait dans l'ordre des générations. Le père, faisant tout à la fois la Loi à l'enfant et à sa mère, est seul auteur d'une séparation entre eux, hors de laquelle point de salut.

Avec les addictions, nous sommes dans le domaine de la passion de la « non-séparation » avec l'objet « excitant » de la dyade mère-enfant. Dans ce genre de problématique toute séparation – singulièrement celle d'avec l'enfance et d'avec les parents pendant l'adolescence – peut être vécue comme une hémorragie et castration narcissique, une détresse que l'objet ou le comportement excitant addictif vont tenter de colmater. L'éthologie nous conforte dans ce lien entre séparation précoce et risque addictif .

Bien souvent dans l'anamnèse de la vie des sujets addictés, « l'autre de l'objet » qu'est le père et sa fonction tiercéisante se trouve d'ailleurs introuvable ou peu sûr et « secure », n'offrant en fait qu'un pôle faible d'identification tierce. On retrouve d'ailleurs fréquemment dans les récits des toxicomanes un père absent (réellement ou dans le psychisme de la mère) n'ayant pu servir du contenant .

Si le drame familial semble se jouer entre trois personnages essentiels : le père, la mère et l'enfant, la famille envisagée comme groupe ou comme système, qui régit les liens unissant ces trois personnages, n'en a pas moins d'importance.

La famille qui présente le groupe le plus ancien, s'organise en tant que système comportant une hiérarchie et des places prédéterminées, du père, de la mère, de l'enfant, et des liens entre ces places également préétablis. Les dysfonctionnements dans ce système familiaux révèlent les difficultés inhérentes à la dynamique dans laquelle les rôles sont joués.

Dans les familles des sujets dépendants, les parents sont généralement eux-mêmes dans la souffrance, ce qui les rend indisponibles pour accueillir les vécus primitifs de leur enfant. Une défaillance de la contenance s'installe, provenant d'une enveloppe parentale ne permettant pas l'accès à un moi individuel différencié. Plus tard, le sujet en errance d'une contenance cherchera inlassablement un objet capable de recevoir ces parties étrangères, « non moi », en s'adressant à tout objet susceptible de recevoir de tels éléments ou de compléter ses manques narcissiques, d'où le recours au produit toxique.

Si l'on envisage la dépendance sous l'angle générationnel, il y aurait donc des familles qui seraient « toxicomanogènes », caractérisées par la difficulté à faire face aux séparations et par l'intolérance à la frustration. Les influences sur les enfants sont intergénérationnelles et transgénérationnelles. Les premières sont celles qui se produisent entre générations adjacentes en situation de relation directe. Les secondes se produisent à travers la succession de génération.

Si l'on envisage la dépendance sous l'angle transgénérationnel, il s'avère que les héritages psychiques transmettent aux enfants, pas seulement la conservation des acquisitions et du potentiel spirituel de l'humanité, ils confient également la charge de surmonter les questions restées en souffrance dans l'inconscient de leurs géniteurs et de leurs aïeux .

Quand un travail d'élaboration psychique ne se fait pas à une génération, il en résulte un clivage qui va constituer pour les générations ultérieures une véritable préhistoire de leur histoire personnelle .

A la génération suivante, l'enfant doit composer non pas avec une expérience traumatique personnelle, mais avec le clivage du ou des parents dont il dépend psychiquement. L'enfant, puis l'adulte qu'il devient peut percevoir en lui-même des sensations, des émotions, des potentialités d'action qui lui paraissent « bizarres » et qui ne s'expliquent pas par sa vie psychique propre ou par sa vie familiale.

Dans cette perspective, nous remarquons comment le symptôme que présente le sujet dépendant devient la métaphore ou le produit final d'une histoire non seulement personnelle,

mais encore transgénérationnelle, qui persiste et s'élabore dans le temps à partir de dettes et de crédits intergénérationnels dont chaque individu se trouve porteur.

Les vécus de chacun des sujets auprès desquels nous avons travaillé montrent bien l'existence d'un dysfonctionnement au niveau des fonctions maternelles, des fonctions paternelles et dans la dynamique familiale ainsi que la présence d'un lourd héritage transgénérationnel transmis par les générations précédentes.

Une défaillance dans la fonction maternelle est évidente sous différents aspects dans ces cas étudiés : une mère trop présente ou trop manquante, ce qui a empêché la subjectivité de ces sujets. Confrontés au manque et au vide interne, ils sont dans une quête répétitive d'une satisfaction par l'objet toxique, offert comme néo-objet de substitution, mais qui n'a qu'un effet provisoire, relançant l'insatisfaction.

Quant aux fonctions paternelles, le père, en tant que figure symbolique essentiel à la vie psychique et relationnelle du sujet, était absent, violent, avec des conduites addictives, et/ou traumatisé à cause de la guerre, que ce soit en tant que participant actif ou comme victime passive de sa violence. La perte de l'imaginaire paternelle semble affaiblir les représentations psychiques de ces sujets, et les blessures psychologiques les ont probablement fragilisés et ont influencé leur rapport à eux-mêmes et au monde.

Si l'addiction, comme le montrent nos résultats, est une conséquence de conflits intrapsychiques en rapport avec les imagos parentales intériorisées, elle semble être également la résultante d'un dysfonctionnement qui se joue au niveau des relations familiales. Le comportement addictif de nos sujets se montre lié à un système d'interrelations familiales dysfonctionnelles.

Tandis que la normalité se situe dans une famille aux frontières claires, ni diffuses, ni rigides, la majorité des jeunes sujets de notre échantillon se trouvent, au contraire, entre deux extrêmes dans les liens intrafamiliaux.

Au niveau de la dimension transgénérationnelle de l'addiction de nos sujets, nous trouvons que le poids des mandats familiaux s'inscrit de manière dominante dans leur destin favorisant indirectement l'émergence de la conduite addictive. Nous avons pu découvrir la présence de secrets dans le système familial de plusieurs d'entre eux ainsi que plusieurs types de relations connectées avec ces secrets. Il semble que les secrets familiaux exercent un clivage intense sur le psychisme du descendant qui tente de le réduire par sa conduite addictive.

Les pulsions de mort sont omniprésentes dans les familles de nos sujets, résultant du trauma de la guerre, des décès dramatiques des membres de la famille, des massacres, des expatriations et des génocides. De lourds souvenirs de misère, de meurtres et de ruines les accompagnent. Les deuils demeurent inachevés.

Les fantômes transgénérationnels sont d'autant plus difficiles à reconnaître qu'ils empruntent parfois un masque somatique chez nos sujets, comme nous avons pu voir dans leurs récits. Il semble aussi que ces sujets, qui sont dans leur majorité des enfants de personnes traumatisées, présentent des symptômes qui se constituent au carrefour de ce qu'ils imaginent des souffrances passées de leurs parents, mais aussi des difficultés que ces derniers leur imposent lorsqu'ils sont en proie à leurs revenants. Sous l'emprise de ces revenants, les parents font vivre leurs enfants de véritables drames.

Nous avons pu déduire des vécus de nos sujets que les enfants des parents soumis à des traumatismes, n'échappent jamais totalement aux pensées pénibles qui les tracassent et ils s'en donnent toujours des représentations, sous différentes formes, L'addiction de nos sujets en est un exemple ainsi que leur passion pour le risque et leur flirt avec la mort.

2- Discussion

C'est à partir

A partir des données de la littérature que nous avons pu consulter au sujet de notre recherche concernant le lien entre les conduites addictives sévères telles que la dépendance à l'héroïne et les dysfonctionnements au niveau générationnel et transgénérationnel, aussi bien qu'à partir des résultats de notre travail empirique auprès des sujets de notre échantillon, nous arrivons au constat qui confirme nos hypothèses de base, à savoir que le jeune héroïnomanie semble résoudre par son addiction une dépendance archaïque qui se joue à trois niveaux : la relation à ses objets primaires (maternel et paternel) ; la relation au système qui régit la dynamique familiale ; la relation à ses racines, à un passé qui reflète des histoires familiales lointaines, non résolues, qui se répètent à travers lui.

Cette recherche avait pour objectif de prouver que dans la société libanaise, la consommation de l'héroïne peut incarner une tentative pour combler la faille au niveau des fonctions parentales : maternelles et paternelles. De plus, nous avons tenté de démontrer que ces jeunes héroïnomanes servent de sujets-symptômes pour des dysfonctionnements au niveau du système familial, et prennent souvent en charge l'histoire familiale afin de permettre à la

famille de maintenir son propre équilibre ou homéostasie. Egalement nous avons essayé de vérifier l'existence d'un poids de loyautés, des dettes, des délégations, des traumatismes et des transgressions familiales, insuffisamment élaborés qui semblent favoriser une généalogie de la dépendance.

Les résultats de notre recherche semblent mettre en évidence chez les héroïnomanes de notre échantillon, représentant la société libanaise dans sa diversité, la fréquence d'événements de vie problématiques, de constellations familiales dysfonctionnelles et de transmissions transgénérationnelles.

Ceci dit, nous constatons que le problème n'est pas du tout le jeune héroïnomane, et cela est à l'opposé de ce qui est admis dans la société libanaise, et plus encore dans notre législation où les usagers de drogue sont pointés du doigt et poursuivis judiciairement, et même souvent au niveau des organisations de prise en charge de ces jeunes toxicomanes, qui traitent le toxicomane comme un malade et parfois comme un délinquant. Le jeune héroïnomane est plutôt le signal d'alarme qui vient mettre au clair chez les membres de la famille les profonds malaises et blessures enfouis qu'ils portent en eux-mêmes sans en être toujours les propriétaires. Souvent le toxicomane est victime de victimes. Un parent défaillant dans sa fonction parentale a été un enfant qui a souffert lui aussi d'avoir eu des parents défaillants. C'est ce que les données de cette recherche ont pu confirmer.

Par conséquent, il ne s'agit ni de disculper le sujet, ni d'accuser les parents, mais la façon dont le sujet toxicomane et ses parents vont pouvoir appréhender leurs problèmes, dont la toxicomanie n'est que la partie visible de l'iceberg, permet de comprendre en quoi tous sont tributaires d'une histoire qui a commencé avant eux, à travers les générations précédentes.

En effet, cette recherche étaye notre connaissance que la dépendance à l'héroïne est un mode de figuration des excès d'excitation cumulatifs à travers les générations, qui se rejouent sur le corps du sujet. La quête de la sur-excitation vise à éviter l'irruption de l'affect, à inscrire un continuum entre plaisir et mort.

De plus, cette recherche confirme que les conduites addictives visent à éviter le processus de différenciation et de séparation-individuation. L'objet drogue, qui est pris dans le but de parvenir à une indépendance et une autonomie à l'égard de l'autre, n'est en fait qu'un objet de besoin qu'on s'efforce à incorporer afin de combler un manque interne.

Les résultats de notre recherche nous montrent également que les symptômes du sujet addicté servent souvent à atténuer la tension dans la famille sujette à des conflits conjugaux, des

échecs et des problèmes qui circulent comme dans un labyrinthe sans trouver d'issue. Elles témoignent du fait que le sujet toxicomane est confronté à des généalogies marquées par des conduites de dépendance et de violence, par des défaillances dans les représentations des figures paternelles et maternelles, par des conflits parentaux, par des transmissions transgénérationnelles de traumatismes et de secrets, par des jeux d'identification, par des répétitions qui témoignent d'une fixation à des histoires douloureuses qui résistent aux processus de symbolisation.

Toutes ces constatations nous montrent la nécessité de repenser le cadre de prise en charge institutionnelle et individuelle des jeunes toxicomanes et de leurs familles, de prendre en considération que tout sujet, avant d'être celui qui est à lui-même sa propre fin, est membre d'un groupe qui le situe dans la succession des générations. Donc, il nous serait utile de prendre conscience dans la prise en charge des toxicomanes, que ces jeunes sujets s'inscrivent dans des organisations psychopathologiques complexes, ce qui fait que nos perspectives de compréhension doivent être plus psychopathologiques qu'étiologiques, et qu'il serait essentiel dans nos interventions d'articuler les trois axes individuel, intrafamilial et transgénérationnel.

A partir de cette recherche qui vient rejoindre ce qui a été écrit au niveau international dans la littérature sur la toxicomanie dans ses dimensions générationnelles et transgénérationnelles, ainsi que ce que nous avons pu accumuler de notre expérience avec les jeunes toxicomanes, nous traçons comme perspective de travail une mise en question des modalités de prise en charge des jeunes toxicomanes au Liban, surtout au niveau institutionnel, pour sortir de la situation actuelle qui est centrée principalement sur le traitement des symptômes.

Les modalités actuelles de prise en charge ont pour objectif d'aider ces jeunes à atteindre une abstinence complète durable et à se soulager, de réduire les complications physiques et sociales liées à l'abus de drogues, de changer les attitudes concernant la conduite addictive, d'accomplir des changements dans leur comportement pour une meilleure adaptation, de les assister pour une réintégration sociale progressive, et de les aider à s'orienter professionnellement.

Tout en respectant les objectifs susmentionnés, qui exigent dans un premier temps une psychothérapie de soutien, se déroulant en principe durant le séjour de ces jeunes dans les centres de prise en charge afin de réduire leur anxiété et renforcer leurs défenses dans leur lutte pour arrêter la drogue, notre perspective est de dépasser, dans un deuxième temps, le

traitement des symptômes pour arriver à un travail psychanalytique qui prend en considération les dimensions générationnelle et transgénérationnelles de la problématique addictive.

Au niveau de la prise en charge de la famille des jeunes toxicomanes, l'importance de la dimension familiale de la toxicomanie exige une mise en action d'une stratégie nouvelle qui consiste à ne plus se contenter de soutenir ces familles, dans un cadre de groupes de parole, où les membres de ces familles trouvent une écoute favorable face aux sensations d'isolement, de honte et de culpabilité, dans l'objectif de favoriser le soutien mutuel et les échanges d'expériences entre les familles, de parler de leurs problèmes et de tenter d'y faire face. Nous visons à encourager un travail de psychothérapie familiale qui se propose de comprendre les liens qui unissent les générations entre elles, de remonter aux sources de leur difficulté, afin de retrouver les nœuds en amont, les traumatismes non élaborés qui peuvent se répéter d'une génération à la suivante.

Sans doute, cela nous met devant des défis considérables à plusieurs niveaux : le premier concerne les toxicomanes eux-mêmes, vu qu'ils présentent des situations particulièrement difficiles à traiter au niveau psychothérapeutique. Les degrés d'intolérance aux frustrations et les acting out constants, qui caractérisent ces sujets, nous incitent à penser à des approches moins classiques dans notre intervention, une tâche lente certes mais qui vise à travailler progressivement pour atteindre les couches les plus profondes de leur psyché.

Un second défi consiste à pouvoir motiver les familles et les sensibiliser à se prendre en charge, pas seulement pour soutenir le membre toxicomane dans sa démarche visant à atteindre une abstinence complète durable, mais pour un travail sur soi, surtout que la plupart des membres de ces familles sont en souffrance et perdus, n'arrivant pas à dépasser leur enfance et leur histoire surchargée de deuils et de traumatismes d'une guerre qui a hanté leur jeunesse, comme l'a démontré notre recherche.

Nous tenterons à proposer une psychothérapie familiale visant une meilleure compréhension des liens qui réunissent les générations entre elles, un décodage non seulement des difficultés que vit le sujet toxicomane mais aussi de celles des siens. Il s'agit de remonter aux sources de ces difficultés, de retrouver les nœuds en amont, les traumatismes non élaborés qui peuvent se répéter d'une génération à une autre, de saisir comment leur histoire et l'histoire de leur descendant s'enchevêtrent et se côtoient.

Notre vision, dans le travail avec ces jeunes toxicomanes et leurs familles, est de pouvoir les motiver à se transférer d'un rôle de victimes à un rôle de responsables de leur destin, à

reconstruire leur passé afin qu'ils puissent s'inscrire dans une histoire, à lire leurs loyautés familiales et transgénérationnelles, leurs identifications inconscientes, à développer chez eux une conscience suffisante de soi, dans le but de construire un avenir meilleur. Nous sommes donc censés régler nos interventions, respecter leur rythme et prendre garde à ne pas jouer les persécuteurs ni les sauveurs.

Tout en traçant nos perspectives et nos visions à travers cette recherche, nous sommes conscientes que notre travail présente des faiblesses et des limites.

S'engager dans une thèse doctorale tout en étant surengagées dans un emploi à plein temps, a constitué un vrai défi qui nous a mises dans une situation de stress et a ralenti l'avancement de notre travail de recherche et de rédaction. Cependant, il faudrait mettre un point final à la thèse même si nous trouvons que nous pouvons lire et relire, corriger et recorriger sans fin.

Ecrire dans une langue qui n'est pas la langue mère et que nous ne maîtrisons pas totalement a constitué un défi et une autre limite qui a empêché des fois l'expression claire de nos pensées, ce qui a exigé parfois de recourir à beaucoup de citations empruntant les mots des auteurs pour exprimer ce que nous voulions dire.

Les limites des références bibliographiques dans les bibliothèques au Liban ont restreint notre exploitation de la littérature internationale surtout la plus récente sur le sujet de notre recherche, sans toutefois négliger le fait que rares sont les références libanaises et arabes sur le sujet de la toxicomanie.

Bien que les données recueillies auprès des sujets de notre échantillon soient abondantes et riches en informations qui méritent une analyse profonde, nous avons opté de délimiter notre analyse aux seuls éléments et variables que nous avons estimés utiles pour réaliser nos objectifs de recherche, tout en espérant faire profit de ces données, qu'elles soient celles des entretiens ou celles des autres outils de recherche (le TAT, le FAT et le génogramme) dans des publications ultérieures qui serviront également notre motivation principale concernant la problématique addictive dans ces dimensions les plus diverses.

Nous sommes également conscientes des limites de la représentativité de notre échantillon, tout en affirmant que le choix s'est opéré avec beaucoup de discernement et de souci de validité, afin d'avoir un panel ayant une structure identique à celle de la population parente, qui est la société libanaise dans sa diversité, et qui présente des caractéristiques relatives aux variables étudiées.

Opter pour une recherche basée sur des données recueillies à partir d'entretiens et de passation de tests durant une période de temps qui n'a pas dépassé quelques heures pour chacun des sujets de notre échantillon, constitue aussi une autre limite à la recherche, vu la difficulté que nous avons eue à nous engager dans une étude longitudinale qui nous permet d'observer les sujets de notre échantillon pour une longue période et d'étudier l'évolution de chacun d'entre eux individuellement, et ce pour plusieurs raisons dont la principale était d'éviter les pertes de participants en cours d'étude, surtout que beaucoup de résidents interrompaient leur programme de prise en charge avant la fin de leur cure.

Toutes ces limites et plusieurs d'autres peuvent restreindre la portée de nos résultats. Pourtant, nous sommes conscientes que ces limites constituent également des motivations pour nous consacrer à plus d'apprentissages.

Nous souhaitons, à travers cette recherche, pouvoir apporter modestement notre pierre à l'édifice qu'est la recherche concernant la problématique addictive à partir d'un petit pays du tiers monde qui trime depuis des années pour se dégager des cendres de la guerre.

Conclusion

Les jeunes toxicomanes dans la société libanaise sont les enfants des dernières années de la guerre civile qui a duré seize ans, et ce sont surtout les héritiers des séquelles de l'après-guerre. Leurs parents sont les produits de cette guerre féroce, et plusieurs étaient des participants et des belligérants dans différentes factions et milices (communautés religieuses), et leurs mains ont été souillées du sang de leurs compatriotes. Certains des jeunes toxicomanes sont les petits-fils et les petites-filles des rescapés des massacres et des génocides, des déportés, des personnes qui avaient souffert de la persécution politique et religieuse au siècle dernier.

Le peuple libanais est un peuple qui a été soumis à l'horreur quotidienne dans toute sa laideur, au stress permanent, à l'angoisse perpétuelle, à la peur qui les prenait aux tripes sans relâche, à la culpabilité, à la brutalité étourdissante, à la cruauté impitoyable que l'on a vue et vécue et qui les a saisis, le tout étalé, non pas sur quelques semaines, ni sur quelques mois mais durant près de seize années. Ce sont donc des gens qui ont entendu, vu, subi et vécu d'une manière ou d'une autre des situations de violence extrême. Ce sont des personnes dont les mécanismes de défense ont été débordés et ont fléchi sur leurs descendants.

La politique a disséminé le peuple libanais, principalement entre communautés religieuses beaucoup plus qu'entre partis politiques. En revanche, la toxicomanie a réuni ce que la politique a divisé. Notre expérience ainsi que les résultats de cette recherche ont montré qu'il n'y a pas de disparités à retenir entre les vécus de ces jeunes hommes et jeunes filles que ce soit en rapport avec leur religion, la région où ils vivent, le niveau socio-économique de leurs familles, leur éducation ou la profession de leurs parents. L'héroïne les a unis dans une souffrance atroce. Ils vivent dans le centre de rééducation comme des frères et sœurs. Leurs parents se réunissent et tissent des liens d'amitié qui se basent sur leur souffrance commune.

Les jeunes toxicomanes libanais semblent être assujettis à des mandats lourds transmis des générations antécédentes, ils incarnent le négatif des parents et des attaches transmises à travers les générations, dans le but de protéger les liens familiaux. Leur corps est utilisé comme mode de configuration des traumatismes.

En essayant de travailler sur la problématique addictive, nous sommes convaincues qu'il ne suffit pas de prendre en considération l'histoire du toxicomane lui-même, ni celle des parents et ce en quoi ces derniers ont imprégné son devenir. Nous constatons l'importance de discerner comment le sujet lui-même, ainsi que ses parents, peuvent être porteurs d'un symptôme dont il convient de rechercher l'origine en amont : ce qui s'est joué dans le passage d'une génération à l'autre pourrait ainsi resurgir inopinément, lorsque les parents, à leur insu, sont animés par des conflits non résolus qui, déposés en eux, réapparaissent et éclatent à travers leurs descendants.

Notre objectif était de présenter la toxicomanie dans la société libanaise, non pas uniquement comme résultante de défaillances des processus de symbolisation et d'un dysfonctionnement familial, mais aussi comme une possibilité de travailler sur les traumatismes de l'histoire transgénérationnelle des toxicomanes.

Cette perspective est censée donner lieu à des modalités nouvelles de prise en charge qu'elle soit au niveau individuel ou au niveau familial, qui ne seront pas centrées sur la conduite addictive elle-même mais sur ce qui se cache derrière.

Si les parents sont les porteurs des traumatismes de leur vie et de ceux de leurs ancêtres, et se servent inconsciemment de leur enfant toxicomane, comme patient désigné afin qu'il endosse le rôle de sujet-symptôme, de bouc émissaire, pour porter toutes les charges de l'histoire familiale ; ceci exige une prise en charge sérieuse des parents, créant des modalités d'intervention qui favoriseraient la création d'une enveloppe familiale contenant, ce qui pourrait augmenter les chances de réussite dans le travail de cure.

Ce travail de recherche réexamine en particulier les modalités actuelles de prise en charge des toxicomanes au Liban, qui sont souvent confrontées à des impasses, d'autant plus qu'elles se concentrent principalement sur l'ici et le maintenant.

L'ensemble des réflexions que nous avons pu évoquer dans cette étude pourrait ouvrir d'autres pistes de recherche.

Bibliographie

Abraham N. Et Torok M. (1987). L'écorce et le noyau, Aubier Montaigne, Paris.

Ancelin Schutzenberger A. (2004). « Secrets, secrets de famille et transmissions invisibles », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2004/2, n°33, p. 38.

Andre-Fustier F. & Aubertel F. (1997). La transmission psychique familiale en souffrance, in Le générationnel, Approche en thérapie familiale psychanalytique, sous la direction de Eiguer A., Paris, Dunod, 2002

Anzieu D. (1995). Le Moi-peau, Paris, Dunod, nouvelle édition, 2006.

Anzieu D. (1987). Les enveloppes psychiques, Paris, Dunod, nouvelle édition, 2013.

Askofaré S. Et Sauret M.-J. (1998). La Toxicomanie : Perspective psychanalytique, sexualité et discours », Filigrane, volume 7, numéro 1.

Assoun P.-L. (2011). Psychanalyse et addiction, in Addictologie clinique, Toubiana E.-P., Paris, PUF.

Athelineau P-Ch. (2010). « Nomination réelle », in La Revue Lacanienne, n°6, Toulouse, Erès, 2010/1.

Aulagnier P. (1979). Les destins du plaisir, Paris, PUF, 1979.

Ausloos G. (1980). Secrets de famille, in HALEY J., Changements systémiques en thérapie familiale, Paris, ESF.

Baddoura C. (1990). « Mental Health and war in Lebanon », Bull. Acad. Natl. Med, 1990/174, no5.

Bader M. et al. (2004). « Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence », La psychiatrie de l'enfant, 2004/2.

- Baranes J.-J. (1993). Devenir soi-même : avatars et statut du transgénérationnel, in *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.
- Beaumstein N. (1992). *La Jouissance*, Paris, Point.
- Benghozi P.-J. (1999). *L'adolescence identité chrysalide*, France, L'Harmattan.
- Bergeret J. (1982). *Toxicomanie et personnalité*, Paris, PUF, ("Que sais-je"), 1982.
- Bertrand M. (2002). « Psychologie et psychanalyse devant les traumatismes de guerre », *Champ psy* 2002/4, no 28.
- Boszormenyi-Nagy I. (1980). Une théorie des relations : expérience et transaction, in Boszormenyi-Nagy I. et Framo J.-L. (éd.), *Psychothérapies familiales*, Paris, PUF.
- Bourcet S, Et Tyrode Y Et Rasclé C. (2001). *Les troubles de l'adolescence*, Paris, Ellipses.
- Bourdellon G. (2004) « Engagement dans le désir ou engouffrement dans la dépendance » in *Revue française de psychanalyse*, 2004/2 Vol. 68.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss*, vol 1: Attachment. Basic Books, New York, 1969.
- Brette F. (1989). « Le traumatisme et ses théories », in *Revue française de psychanalyse*, 1989/2 Vol. 88.
- Brusset B. (2004). « Dépendance addictive et dépendance affective », in *Revue française de psychanalyse*, 2004/2 Vol. 68.
- Caillot J.P. & Decherf G. (1989). *Psychanalyse du couple et de la famille*, France, A.PSY. G.-Éditions.
- Charles-Nicolas A. (1985). « A propos des conduites ordaliques : stratégie contre la psychose ? » in *topique*, 1985, 35/36.
- Chassaing J.-L. (2011). *Drogue et langage, Du corps et de la langue*, Paris, Coll. Humus, Ères, 2011.

- Ciccone A. (2012). La transmission psychique inconsciente – Identification projective et fantasme de transmission, Paris, Dunod, 2012.
- Cirillo S. et al. (1997). La famille du toxicomane, Paris, ESF.
- Corcos M., Lament M., Jeammet P. (2003). Les Conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes, Paris, Masson.
- Cournut J. (1983) « D'un reste qui fait lien », Nouvelle Revue de psychanalyse, 1983/ 28.
- Cupa D., Reynaud M., Marinov V. Et Pommier F., 2010, Entre Corps Et Psyché : Les Addictions, Sèvres, Éditions médicales et scientifiques.
- Decherf G., Kneral L. Et Darchis E. (2003) Souffrances dans la famille, Paris, In Press Éditions.
- Diatkine R. (1982). « L'après coup du traumatisme », in Quinze études psychanalytiques sur le temps, Sous la direction de J. Guillaumin, Paris, Privat.
- Drieu D., Corbin S., « Rites de groupes et héritages traumatiques », Adolescence 2010/4 (n° 74).
- Drieu D., « Adolescents en rupture et alternatives thérapeutiques : l'exemple d'un groupe parents d'adolescents en centre de guidance », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2009/2 (n° 53).
- Durastante R., Adolescence et Addictions. De la crypte familiale au dispositif en tuilage. Approche psychanalytique de la famille et du transgénérationnel, Paris, De Boeck, 2011.
- Durif-Varembont J-P., (2007), « Liquidité des liens conjugaux et résistance de l'enfant », Cliniques méditerranéennes 2007/1, n° 75.
- Durif-Varembont J.-P. (2004). « Les trois ordres de l'intransmissible », in Ères, Cliniques méditerranéenne, 200/4, No 70.
- Durif-Varembont J-P., (2001), « Du pronom au visage, l'appel du nom », Spirale, 2001/3, no 19.
- Dylan E. (1996). An introductory dictionary of lacanien psychoanalysis, NewYork, Bunner-Routledge, 2003.
- Eiguer A. (1987). La parenté fantasmatique, Paris, Dunod, 1987.

- Eiguer A. (1989). Complicités perverses entre le toxicomane et sa famille, in *Adolescences toxicomanies Approche psychanalytique des liens familiaux*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
- Eiguer A. (1997). « Famille ou parenté ? », in *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 1997, no 21.
- Eiguer A. (2001). « L'intérêt pour le transgénérationnel dans la thérapie familiale psychanalytique », in *Champ psychosomatique*, 3/2001, no 23.
- Eiguer A. (2011). « Le sens de la famille, le nous et le lien », in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2011/2, n° 47.
- Enriquez M. (1993). Le délire en héritage, in *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.
- Escande C. (2002) « Jouissance du corps, addictions et figures du ravage », in *Les paradis artificiels. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 10/2002.
- Faimberg H. & Corel A. (1989). *Repetition and Surprise: Construction and its Validation' in The Telescoping of Generations: Listening to the Narcissistic Links Between Generations*, London and New York: Routledge.
- Faimberg H. (1993). Le télescopage des générations : à propos de la généalogie de certaines identifications, in R. Kaës, *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.
- Fedida P. & Robert J.-M. (1982). La clinique psychanalytique en présence de la référence génétique, in *Génétiq ue clinique et psychopathologie, hérédité psychique et hérédité biologique*, Villeurbanne, Simep, 1982.
- Fenichel O. (1987). *La théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF, 1987.
- Ferenczi S. (1909). Transfert et introjection, in *Psychanalyse*, Paris, Payot, 1975.
- Ferenczi S. (1912). *Le concept d'introjection*, Paris, Payot, 1968.
- Ferenczi S. (1919). *Psychanalyse 3*, Paris, Payot, 2001.

- Ferenczi S. (1934). *Réflexions sur le traumatisme*, *Œuvres complètes IV*, Paris, Payot, 1982.
- Ferenczi S. (1920). *Le traumatisme*, in *Recueil de textes sur S. Ferenczi*, 2006, Paris, Petite Bibliothèque, Payot, 2011.
- Fernandez L. Et Catteeuw M. (2002). *Clinique des addictions, théories, évaluation, prévention et soins*, Paris, Nathan.
- Fraimberg S., Adelson E. Et Shapiro V. (1983). « Fantômes dans la chambre d'enfants », *La psychiatrie de l'enfant*, 1983/1, no XXVI.
- Freud S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*, France, Éditions Point, 2012.
- Freud S. (1909). *Analyse d'une phobie d'un petit garçon de cinq ans : Le Petit Hans*, PUF, 2006.
- Freud S. (1914) *Pour introduire le narcissisme*, in *La vie sexuelle*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1965.
- Freud S. (1915). *Pulsions et destins de pulsions*, Gallimard, Paris, 1988.
- Freud S. (1916). *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1990.
- Freud S. (1923). *Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre*, in *Résultats, Idées, Problèmes I*, Paris, PUF, 2004.
- Freud S. (1925). *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.
- Freud S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1965.
- Freud S. (1929). *Malaise dans la civilisation*, Paris, Atramenta, 2011.
- Freud S. (1939) *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris, Gallimard, 1980.
- Freud., S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Payot, 1990.

- Gannagé M., (1998). *L'enfant, les parents et la guerre, une étude Clinique au Liban*, Paris, Edition Deltat.
- Geberovich F. (1984). Une douleur irrésistible, sur la toxicomanie et la pulsion de mort, Paris, Inter Éditions.
- Geberovich F. (2003). No satisfaction, Psychanalyse du toxicomane, France, Albin Michel.
- Gendrot J. A. Et Racamier P.C. et al. (1951). « Fonction respiratoire et oralité », *Evolution Psychiatrique*.
- Giffard R. (2004). « Toxicomanie et mythe de famille sans histoire, *Psychotropes* 2004/1, Vol. 10.
- Glover E. (1932). "On the étiology of drug addiction", 1932, *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 13.
- Goldbeter-Merinfeld E. (2011). « Nouvelles configurations familiales », in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2011/2 n°47.
- Granjon E. (1987). « Traces sans mémoire et liens généalogiques dans la constitution du groupe familial », *Dialogue*, 1987, no 98.
- Green A. (1973). La psychose blanche, in *L'enfant de ça*, avec Donnet J.-L., Edition Minuit, Paris, 1973.
- Gueutcherian Y. (2015). *Dans les sillons du traumatisme*, Berlin, Éditions Vie, 2015.
- Guillaumin J. (2001). *Adolescence Et Désenchantement*, Paris, L'Esprit du Temps, 2001.
- Hachet P. (1996). « Toxicomanie et mensonges collectifs », in *Études Psychothérapeutiques, Imaginaire et Inconscient*, 1996, no 13.
- Hachet P. (2004). « L'étiopathogénie transgénérationnelle des toxicomanes : étude critique des travaux existants » in *L'Évolution Psychiatrique*, 2004, Vol. 69, no 4.
- Haesevoets Y.-H. (2010) *Le père absent dans la vie de l'enfant*, www.psyBe, 11 avril 2010.

Hassoun Jacques (1994). *Les contrebandiers de la mémoire*, France, La Découverte.

Hermann I. (1978). *Psychanalyse et logique*, Paris, Denoël, 1978.

Hooper E. (1995). « A psychoanalytic theory of drug addictions: unconscious fantasies of homosexuality, compulsions and masturbation within the context of traumatic process », *Journal of Psycho-Analysis*.

Jaoul H. (1991) *L'Enfant captif, approche psychanalytique du placement familial*, Paris, Émergences, Éditions Universitaires.

Jeammet Ph. (1990). *Addiction, dépendance, adolescence. Réflexions sur leurs liens. Conséquences de nos attitudes thérapeutiques*, in *Les nouvelles addictions*, sous la direction de J.-L., Venisse Paris, Masson.

Jeammet Ph. (1995) « Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction à l'adolescence », in *Cliniques méditerranéennes*, 47/48, p.155.

Jeammet Ph. (2000). *Les conduites addictives : Un corps pour la psyché*, in *Les addictions*, sous la direction de Le Poulichet, S., Paris, PUF.

Jeammet Ph. (2011). *Adolescence et Addiction*, in *Addictologie clinique*, Paris, PUF, 2011.

Jeammet Ph., 1998, « La mort dans la dynamique de l'adolescence », in *Études sur la mort. L'adolescent et la mort*, no 113.

Julian A, Sotile W.M., Henry S.E. & Sotile M.O (1999). "FAT Family apperception test", www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test.asp?id=1506.

Kaës, In Kaës R. & Faimberg H. & al. (1993). *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris : Dunod, 1993.

Karam E. & G. et al. (2014). « A rapid situation assessment (RSA) study of alcohol and drug use in Lebanon », in *J Med Liban*. 2014 ; no 58.

Kerbage H. Et Haddad R. (2014). « Situation et politique en matière de drogues », *P- GP /Med Liban*, 2014. No 70.

Klein H., 1974, *Les enfants de l'Holocauste. Deuil et perte d'un être cher*, in *L'enfant dans sa famille*, Volume 2, sous la direction de Anthony E.-J. et Koupernik C., Paris, Masson

Klein M., 1957, *Envie et gratitude et autres essais*, France, Gallimard, 1978.

Lacan J. (1938) « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'analyse d'une fonction en psychologie », in *Autres Écrits*, 1958, Paris, Seuil, 2001.

Lacan J. (1949) *Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*, in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.

Lacan J. (1953). *Écrits*, Paris, Seuil, coll. *Le champ freudien*, 1966.

Lacan J. (1954-1955). *Le séminaire, Livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique*, Paris, Seuil, coll. « *Le champ freudien* », 1978.

Lacan J. (1955-1956). *Le séminaire, Livre III, Les psychoses*, Paris, Seuil, coll. « *Le champ freudien* », 1981.

Lacan J. (1956-1957). *La relation d'objet Séminaire Livre IV*, Paris, Le Seuil, 1994

Lacan J. (1959-60). *L'Éthique de la psychanalyse, Séminaire Livre VII*, Paris, Seuil, 1986.

Lacan J. (1962-1963). *L'angoisse Séminaire Livre X*, Paris, Le Seuil, 2004

Lacan J. (1976). « *Lettres de l'École freudienne de Paris, séance de clôture des Journées des Cartels* », avril 1975, no 18, 1976.

Lamb M. E. (1986). *The changing roles of father*, in: *The father's role: applied perspectives*, New-York, Willey.

Laplanche J. Et Leclaire S. (1998). *L'inconscient une étude psychanalytique*, in *Problématiques IV*, Paris, PUF, 1998.

Le Camus J. (1995). *Pères et bébés*, Paris, L'Harmattan, 1995.

Le Camus J. (1997). *Le rôle du père dans le développement du jeune enfant*, Paris, Nathan, 1997.

Le Guen C. (2008) « Complexe d'Œdipe et complexe de castration » in Dictionnaire freudien, Paris, PU.

Lebovici S. (1994). « L'homme dans le bébé », in Revue française de psychanalyse, 1994/3, LVIII.

Lebovici S. Et Diatkine R. Et Soulé Quadrigue M. (2004). Nouveau traité de psychiatrie de *l'enfant et de l'adolescent*, T. 3, Paris, PUF.

Levis Strauss C. (1949) Les structures élémentaires de la parentés, Paris : Mouton et Maison des Sciences de l'Homme, 1967

Lhomme-Rigaud C. (2011). Terre-Mère Et Dépendances, Paris, MJWF édition.

Little M. (1981). Des états-limites : *L'alliance thérapeutique*, Paris, Edition Des femmes, coll. « La psychanalyse », 1981.

Lonescu S. & Blanchet A. (2011). Méthodologie de la recherche en psychologie clinique, 2009, Paris ; PUF.

Loriedo C. & Vella G. (2004). « Secrets et système familial : protection ou préjudice ? », in Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2004/2, no 33.

M'uzan (de) M. (1976). *Le travail du trépas, De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, 1976.

Marcelli D. (1995). « Une psyché vide d'émotions exige un corps plein de sensations. Du lien précoce au lien d'addiction », in Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, No 7 Juillet 1994

Marty P. (1976). Les mouvements individuels de vie et mort, Paris, Payot, 1976.

Mcdougall J. (1978) Plaidoyer pour une certaine anormalité, Paris, Gallimard, 1978.

Mcdougall J. (2004) « L'Économie psychique de l'addiction », in Revue française de psychanalyse, Paris, PUF.

Mcgoldrick M. & Gerson R. (1985). Genograms in family assessment, Nez York, Norton.

Melman Ch. (1989) « Un héroïsme de masse », in *l'Esprit des drogues. Revue Autrement*, N°106.

Miel Ch. (2002) « La toxicomanie ou la quête impossible de l'objet. », in *Psychotropes, Revue Psychotrope*, 2002/1, Vol. 8.

Miermont J. (1987). *Dictionnaire des thérapies familiales- théories et pratiques*, Payot, Paris.

Mijolla (de) A. (2000). « Les fantasmes d'identification et leurs histoires », in *Filiations psychiques*, sous la direction de O. Halfon, F. Ansermet et B. Pierrehumbert, Paris, PUF, 2000.

Mijolla (de) A., (1981). *Les visiteurs du moi*, Paris, Les Belles Lettres.

Mijolla (de) A. Et Mijolla-Mellor S. (1997). *Psychanalyse*, Paris, PUF.

Nachin C. (1986) *Le travail du fantôme au sein de l'inconscient*, in *Mémoires, Transferts*, sous la direction de P. Fedida et J. Guyotat, Paris, PUF.

Naouri A. (1985) *Une place pour le père*, Paris, Seuil.

Nicolo A-M. & Strinati E. (2007) « Transmission du traumatisme et défense transpersonnelle dans la famille », in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2007/1, n° 38.

Olievenstein C. (1984) *Destin du toxicomane*, Paris, Fayard.

Olievenstein C. (1991) *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, Laffont.

Pages-Berthier J. (1993) « Psychanalyse et Toxicomanie », in *Revue toxibase*, Paris, N°2, 2^{ème} trimestre.

Pirlot G. (2002), *Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques*, *Psychotropes* 2002/2, Vol. 8, De Boeck.

Pirlot G. (2009). *Les déserts intérieurs*, Paris, Eres.

- Pirlot G. (2009). *Psychanalyse des addictions*, Paris, Armand Colin.
- Porot M. (1954). *L'enfant et les relations familiales*, Paris, PUF, 1954.
- Postel J., (1999) *Dictionnaire de Psychiatrie*, France, Larousse.
- Poulichet (Le) S. (1987), *Toxicomanies et psychanalyse - les narcoses du désir*, Paris, PUF, 2011.
- Poulichet (Le) S., (2003). *Psychanalyse de l'informe*. Dépersonnalisation, addictions et traumatismes, Paris, Aubier.
- Prieur B. (1994) *L'anorexique, le toxicomane et leur famille*, Paris, éditions ESF.
- Puget & Kaës R.. (1989), *Violence d'État et psychanalyse*, Paris, Dunod.
- Rabain J.-F., (2010), *La place du père et de la mère dans la construction psychique, Freud, le retour*. Paris, PUF, Petite Bibliothèque de Psychanalyse.
- Racamier P.C., (1978). *Les paradoxes des schizophrènes*, Paris, RFP.
- Rado S., (1975,) « La psychanalyse des pharmacothymies », in *Revue française de psychanalyse*, 1975, vol, 39, no 4.
- Ravit M., « Lien de dépendance et figure du mal : Le lien à l'objet d'assuétude dans la construction de l'expérience sensorielle », *Psychologie clinique et projective*, 2006/1 (n° 12)
- Ravit M., « La cruauté du lien : de l'objet d'addiction au lien d'addiction », *Cahiers de psychologie clinique* 2004/1 (n° 22).
- Ravit M., « Le lien à l'objet d'addiction. Se détruire toujours, ne disparaître jamais », *Dialogue* 2003/4 (no 162).
- Richard F. (2013) *Les troubles psychiques de l'adolescence*, Paris, Dunod.
- Roth TH. (2009). « Addictions : structures et récusation », site : www.freud-lacan.com, index. PHP.

- Roth Th., (2010). « Pour une transition thérapeutique en toxicomanie – ou de l'injection d'une ponctuation qui ferait advenir le fort-da », in La Revue Lacanienne, Ères, N° 8.
- Roudinesco E. (2002). La famille en désordre ; Paris, Fayard.
- Ruffiot A., (1981), La thérapie familiale psychanalytique, Paris, Dunod.
- Saïet M., (2011). Les addictions, Paris, Éditions Point Delta, 2011.
- Smadja C., (1993). « A propos des procédés auto calmants du Moi », in Revue française de psychosomatique.
- Snyder S. (1987). Les drogues et le cerveau, Paris, Belin.
- Sotile W. M.. (1999). ECPA, Editions du centre de psychologie appliquée.
- Stanton M.D., (1983). « Le drogué en tant que sauveur : Héroïne, mort de la famille », in Le toxicomane et sa famille, sous la direction de P. Angel et all, 1983.
- Steichen R. (2002) « Des pères à la fonction paternelle », in La revue nouvelle, No 07/8.
- Sternschuss-Angel S., Angel P., Geberowics B., (1983), Le toxicomane, son produit et sa famille ; in Le toxicomane et sa famille, Paris, Editions universitaires.
- Stoloff J.-C. (2007), La fonction paternelle, Paris, In Press Éditions.
- Tisseron S., (1986). Généalogie, honte et Transfert, in Mémoires et Transferts, sous la direction de P. Fedida et J. Guyotat, Paris, PUF.
- Tisseron S., (2004). « Le secret ne s'oppose pas à la vérité, mais à la communication », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2004/2, no 33.
- Torok M., (2002). Une vie avec la psychanalyse, Paris, Aubier.
- Toubiana E. P., (2011). Addictologie clinique, Paris, PUF.
- Tyson P. Et Tyson R. (1996). *Les théories psychanalytiques du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.

Valleur M., (2011), *Héroïne et opiacés*, in *Addictologie clinique*, directeur E. P. Toubiana, Paris, PUF, 2011.

Varga K., (1992), *L'adolescent violent et sa famille*, Paris : Privat, 1992.

Waintrater R., (2000) « L'addiction au souvenir, défense ultime contre la désobjectalisation », in *Les addictions*, sous la direction de S. Le Poulichet, Paris, PUF, 2000.

Winnicott D. (1969) *Les objets transitionnels*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1994.

Winnicott D. W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2002.

Winnicott D., (1952). *Psychosis and child care*, New York, Basic Books, 1988.

Yogman M. W., (1985). *La présence du père*, in : *Objectif bébé*, Seuil, Autrement Points actuels, Paris.

Zafiropoulos M. (1988). *Le toxicomane n'existe pas*, Paris, Navarin Éditeur, Analytica, Cahiers de recherche du champ freudien.

REVUES PUBLIQUES ET DES ASSOCIATIONS

L'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanies, « D'une Jouissance, l'Autre », in « Toxicomanie : une addiction parmi d'autres », 20ème Journées de 6 juin 1999, Montpellier.

Association Justice et Miséricorde, « Intervention de l'AJEM en santé mentale en prison ».

European Commission, « Implementation of the European Neighborhood Policy in Lebanon, Progress in 2012 and recommendations for action », 20 March 2013.

L'Orient-le Jour, « Drogue : mauvaise répartition géographique des centres de désintoxication et insuffisance de places », 10/5/2011.

Ministry of Public Health, (2015), The draft of "Substance Use Strategy for Lebanon 2016-

République Libanaise, « Liste des associations pour la prise en charge des addictions coopérant avec le Ministère des Affaires Sociales pour l'an 2015 ».

SKOUN, « Situational Needs Assessment - Lebanon », September, 2014.

The Legal Agenda. « Cinq étapes du travail juridique dans le dossier des addictions : Modèle emblématique pour dépasser les idées reçues ». Décembre 2013.

UNAIDS, “Country Progress Report Lebanon”, 2014.

UNHCR. « Syrian regional refugee response », 2014, 122.

UNIVERSITE LYON 2, ©<http://psycho.univ-lyon2.fr/154-F-A-T.html>.

UNRWA “The United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA)”, 2013.

U.S Department of State, 2014, “International Narcotics Control Strategy Report- Lebanon”, 2014/vol1/222919.htm.

Glossaire

مصطلحات

Ce glossaire contient des expressions utilisées exclusivement par les toxicomanes au Liban, qui constituent un langage qui leur est propre, avec la traduction de leurs significations en français.

Héroïne	هورايين (horaiin)
Héroïne	هورو (horo)
Produits (Drogues)	غراض (ghrad)
Brun (Héroïne)	اسمر (Asmar)
Blanc (Cocaïne)	ابيض (Abyad)
Grain (Haschisch)	بزره (Bezré)
Marchandise (drogue)	بضاعة (bedaha)
Consommer du freebase	يفريز (youfarbez)
Se sentir distrait	سارد (Sared)
Se sentir “down”	مدون (moudawan)
Se sentir “out”	مأوت (Mouawat)
Consommer du rivotril	مروّف (morawav)
Consommer des pilules	محبب (mohabhab)
Afflicté (esclave de la drogue)	مبلي (méblé)
Couper (Arrêter de consommer la drogue)	أطش (atach)
Rentrer dans un “bad trip”	مترب (metarrap)
Y-a-t-il quelque chose à ton frère ? (Tu me donnes de la drogue ?) (Fi chi lakhayak ?) ؟ في شي لخيك ؟	
Je fais un shoot	عم شوط (Am chawet)
Je veux du thé vert (Haschisch)	بدي شاي اخضر (Baddi chay akhdar)
Etat de planète	خلوص (Khoulous)
Donne-moi une ligne d’héroïne	اعطيني نكرة (Atini nakzé)

Donne-moi une petite quantité de drogue	اعطيني فقعة (Atini fakha)
Donne-moi un “puff”	اعطيني شفطة (Atini chafta)
Il a fait un « overdose »	أوفر (Awvar)
Il est en état « up »	مؤزز (Mouazzaz)
Il fait un « black-out »	عامل بلاك اوت (Amel black-out)
Il brûle de l’héroïne sur un papier aluminium	عم يحرق (Am yehrok)
Un mélange de cocaïne et d’héroïne	سبيد بول (speedball)
Faire retirer du sang dans la seringue en injectant l’héroïne dans un va-et-vient	فلاش (Flash)
Se shooter un noir (un produit fort)	شوط أسود (Chawat aswad)
Faire une rechute	أشط (Achet)
En manque	خرمان (Khermen)
Produit toxique (trop fort)	بضاعة سم (badaha sam)
Rivotril	ريفو (Rivo)
Consommer le Rivotril	مريف (Merayav)
Consommer le Benzexol	مبنزك (Mobanzak)
Consommer le Tramal	ترمس (Tarmas)
Consommer la Salvia	سيسبي (Sisi)

Index des noms d'auteurs

A

ABRAHAM N., p. 113, 114, 115, 117, 127, 131
ADELSON E., p. 112
ANDRE-FUSTIER F., p.126
ANCELIN-SCHUTZENBERGER A., p.113
ANGEL P., p. 129, 268, 270, 271
ANZIEU D., p.67, 239, 268
ASKOFARE S., p.84, 85
ASSOUN P.-L. p. 29, 40, 44, 51, 54, 56
ATHELINÉAU P-CH., p.40
AUBERTEL F., p.126
AULAGNIER P., p.56, 110
AUSLOOS G., p.120

B

BADDOURA C. p.17
BADER.M., p.109, 113, 128, 122, 285
BARANES J.-J., p.106
BEAUMSTEIN N., p.55
BENGHOZI P-J., P.34, 36
BERGERET J., p.39, 43
BERTRAND M., p.122, 123
BOSZORMENYI-NAGY I., p.128
BOURCET S., p.37
BOURDELLON G., p. 65
BOWEN M., p.96
BOWBLY J., p.69, 70
BRETTE F., p.120, 251
BRUSSET B., p.38

C

CAILLOT J.P., p.86
CATTEEUW M., p.33
CHARLES-NICOLAS A. p.57, 59, 72, 133
CHASSAING J-L., p.44
CICCONE A., p. 109, 110, 115, 117, 121, 126, 127
CIRILLO S., p.83, 133
CORCOS M., p.36, 54
COREL A., p.105

COURNUT J., p.105

CUPA D., p.53

D

DARCHIS E., p.77, 88, 89, 90

DECHERF G., p.77, 86, 88, 89, 90

DIATKINE R., P.118, 123, 124

DRIEU D., p. 58

DURASTANTE R., p. 57, 100,103, 104, 119, 121, 122, 130, 131, 133

DURIF-VAREMBONT J.-P., p. 102, 107, 108, 170, 205, 265

DYLAN E., p.81

E

EIGUER A., p.90, 91, 92, 109, 110, 111, 112, 115, 129, 139

ENRIQUEZ M., p.106

ESCANDE C., p.33, 55

F

FAIMBERG H., p.104, 105, 109, 112, 129, 273

FEDIDA P., p.107

FENICHEL O., p.73

FERENCZI S., p.73, 114, 121, 122, 158

FERNANDEZ L., P.33

FRAIMBERG S., p.112

FREUD S., p.27, 35, 51, 52, 53, 54, 57, 62, 63, 68, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 80, 86, 101, 102, 103, 104, 106, 119, 120, 121, 125

G

GANNAGÉ M., p.107, 125, 268

GEBEROVICH F., p.42, 43, 44, 49, 56, 129

GENDROT J.-A., 196

GERSON R., p. 142

GIFFARD R., p.129

GLOVER E. p.29, 31, 41

GOLDBETER-MERINFELD E., p.87

GRANJON E., p. 106, 107

GREEN A., p.57, 75, 131

GUEUTCHERIAN Y., p.119

GUILLAUMIN J., p.75

H

HADDAD R. p.18

HAESEVOETS Y.-H., p. 82

HACHET P., p.126, 128, 129

HASSOUN J., p. 57, 102

HENRY S.E., p.149

HERMANN I., p.86

HOOPER E., 234

J

JAOUL H., p.82

JEAMMET Ph., p.27, 28, 34, 36, 37, 38, 42, 56, 57

JULIAN A., p.144

K

KAËS R., p.88, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 124

KARAM E. p.18

KERBAGE H. p.18

KLEIN H., p.125

KLEIN M., p. 180

KNERAL L., p.77, 88, 89, 90

L

LACAN J., p.44, 45, 54, 55, 70, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 101, 108

LAMB M. E., 82

LAMENT M., p.54

LAPLANCHE J., p. 81

LEBOVICI S., P.35, 101, 128, 142

LE CAMUS J., p.77

LEGENDRE P., p.108

LECLAIRE S., p.81

LE GUEN C., p.78

LE POULICHET S., p.29, 39, 41. 55, 68, 128

LEVIS STRAUSS C., p.78

LHOMME-RIGAUD C., p.32, 59, 105, 127, 130

LITTLE M., p.68, 69

LORIEDO C., p.113

M

MARCELLI D., p.52

MARINOV V., p.53

MARTY P., p.51

Mc DOUGALL J., p.31, 66, 83, 142

MIEL Ch., p.53, 57, 62, 63, 67

MELMAN Ch., p.39

MIERMONT J., p.53, 97

MIJOLLA (de) A., p. 66, 77, 80, 104, 108, 115, 269

MIJOLLA-MELLOR S., p.66, 77, 269

M'UZAN (de) M., p.50

N

NACHIN C., p.116

NAOURI A., p. 76

NICOLO A-M., p.101, 118

O

OLIEVENSTEIN C., p.33, 38, 48, 50, 56, 70, 71, 72, 267

OUM EL NOUR, p. 21, 22, 24

P

PAGES-BERTHIER J., p.54, 59

PIRLOT G. p. 29, 31, 39, 41, 42, 51, 52, 53, 62, 72, 74, 132

POMMIER F., p. 53

POROT M., p.85, 86

POSTEL J., p. 50

PRIEUR B., p.131

PUGET J., p.124

R

RABAIN J.-F., p.79

RACAMIER P.C., p.90, 196

RADO S., p.29, 47, 57

RASCLE C., p.35

RAVIT M., p. 66, 67, 75, 143

REYNAUD M., p.53

RICHARD F., p.35, 36, 37

ROBERT J.-M., p.107

ROTH Th., p.43, 44, 45, 85

ROUDINESCO E., p.86, 87

RUFFIOT A., p.88

S

SAIET M. p.27, 30, 31, 32, 33, 37, 51, 58, 66, 68

SAURET M.-J., p.84, 85

SHAPIRO V., p.112

SKOUN, p. 17, 21, 23

SMADJA C., p.51

SNYDER S., p. 47, 48

SOTILE W.-M., p. 149
SOTILE M.-O., p. 149
SOULÉ M., P.35, 101, 128, 142
STANTON M.D., p.97, 98
STEICHEN R., p.77, 78, 80
STERNSCHUSS-ANGEL S., p.71, 72, 74, 93, 94, 96, 129, 268, 270, 271
STRINATI E, p., 101, 118
STOLOFF J.-C., p.76, 78, 82
T
TISSERON S., p.112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 130
TOROK M., p.57, 72, 73, 74, 104, 105, 107, 113, 114, 115, 127, 131, 190
TOUBIANA E. P., p.30, 31, 32, 40, 57
TYRODE Y, p. 35
TYSON P., p. 62
TYSON R. p. 62
V
VALLEUR M., p.45, 46, 47, 59
VARGA K., p.130, 133
VELLA G., p.113
W
WAINTRATER R. p. 131
WINNICOTT D. W. p.63, 64, 65, 68, 72, 76, 113, 201, 266
Y
YOGMAN M. W., p.82
Z
ZAFIROPOULOS M., p. 39