



© Psycho-e-print, 06/04/2002  
Ecrit le 26/09/1996

Fernandez L., Sztulman H. (1998), Comment repérer une disposition narcissique chez un fumeur présentant une addiction tabagique grâce à un bilan psychologique. *L'Evolution Psychiatrique*, 63(3), 409-432 (*Psycho-e-print*, 2002, lydia\_fernandez00/comment reperer une dispo, 32).

## Comment repérer une disposition narcissique chez un fumeur présentant une addiction tabagique grâce à un bilan psychologique\*

LYDIA FERNANDEZ\*\*, HENRI SZTULMAN\*\*\*

**Résumé** – Les questions auxquelles cherche à répondre le clinicien, qui reçoit un fumeur consultant pour sevrage tabagique, restent toujours celles de savoir pourquoi un individu éprouve le besoin de consommer. Le produit d'addiction concerné ici est le tabac, dont l'individu connaît généralement les risques pour

---

\* Cet article a été précédemment accepté et publié dans une revue avec comité de lecture de pairs. Il est publié dans psycho-e-print principalement pour le bénéfice des chercheurs qui consultent la base de données psycho-e-print. Cette publication suppose que les auteurs de l'article se sont assurés de l'autorisation de l'éditeur de la revue. Psycho-e-print n'assume aucune responsabilité quant au droit de copie. © L'Evolution Psychiatrique, 1998. Publié dans psycho-e-print avec l'autorisation de l'éditeur.

\*\* Maître de Conférences en Psychologie clinique et en Psychopathologie, Université de Provence (Aix-Marseille I). E-mail : lydiafg@up.univ-aix.fr.

\*\*\* Professeur des universités en psychopathologie, Université Toulouse II Le Mirail. E-mail : sztulman@univ-tlse2.fr.

sa santé. Aussi, il est important de pouvoir identifier les mécanismes psychologiques qui sous-tendent les états de dépendance physique et psychique à la conduite tabagique. L'objectif principal du clinicien consiste à montrer que la personnalité du fumeur contribue à expliquer le degré et l'intensité de son addiction tabagique. Le comportement tabagique ou addiction tabagique pourrait exprimer un ensemble de traits de personnalité qui ouvre sur la complexité des états-limites et des différents types de souffrance narcissique. Ces traits de personnalité se retrouveraient associés à des conduites de dépendance pouvant induire des troubles comportementaux, physiopathologiques et psychopathologiques. Le bilan psychologique, tel que nous l'utilisons, permet de mieux cerner la personnalité et la conduite addictive du fumeur et vient pallier les difficultés d'une prise en charge médicale en apportant des indications thérapeutiques précises adaptées à chaque fumeur.

**Mots-clés.** Addiction tabagique, Disposition narcissique, Personnalité, Bilan psychologique, Etat-limite.

## How to find out a narcissistic tendency in a smoker with a tobacco addiction by means of a psychological assessment

**Abstract** – The clinician who meets a smoker consulting for a weaning, attempts to answer questions about how the individual feels the need to consume. The addiction substance concerned here is tobacco, which the individual is generally knowing the risks for his/her health. So, it is important to be able to identify the psychological mechanisms which underly the physiological and psychological dependency states of tobacco addiction. The clinician's main aim is to show that the smoker personality contributes to the explanation of the degree and intensity of his/her tobacco addiction. Tobacco addiction could correspond to a set of personality traits, which implies the complexity of borderlines and of the different types of narcissistic suffering. These personality traits should be linked with dependency behaviors, that can induce behavioral, physio- and psychopathological troubles. The psychological assessment, as we are using it, allows to figure out smoker's personality and addictive behavior and gives a help for the difficulties of the medical cares, bringing accurate therapeutic indications, fitted to each smoker.

**Keywords.** Tobacco addiction, Narcissistic tendency, Personality, Psychological assessment, Borderline.

L'objectif de cet article est de montrer comment, à partir d'un bilan psychologique, nous pouvons mettre en évidence les traits caractéristiques d'une disposition narcissique en rapport avec une addiction tabagique. La partie théorique éclairera ce que nous entendons par addiction et disposition narcissique. Le recueil de données a été réalisé par des entretiens et des échelles. L'histoire et l'évaluation de Madame N. illustreront nos propos.

### **Addiction tabagique et disposition narcissique**

Nous parlons de *conduite addictive*, pour le tabagisme, à partir du moment où l'acte de fumer devient un besoin qui s'intériorise, qui s'ancre dans la vie quotidienne. La « fume » bien plus qu'une simple habitude, devient un véritable acte compulsif, qui ne sera apaisée que par sa réalisation pour s'éviter l'inconfort de l'abstinence, d'une part, à un niveau psychique (la dépendance psychique, comme le manque d'un individu intoxiqué, qui n'éprouve plus les sensations auxquelles il s'est psychologiquement accoutumé) et, d'autre part, à un niveau physique (la dépendance physique, comme syndrome de manque sur le plan physiologique, qui entraîne des réactions d'ordre somatique – par exemple, les dérangements neurovégétatifs –, lorsque la prise de tabac est suspendue ou quand la dose habituelle est diminuée).

Toute conduite addictive est donc définie à partir de la dépendance du sujet à une substance (alcool, tabac, drogues diverses). Elle se caractérise par le besoin impérieux, répétitif, spécifique, pour cette substance. De nombreux auteurs considèrent le tabac comme une drogue notoirement addictive (Freud, 1897 ; Raynaud, 1990 ; Pédinielli, 1991) et que son usage habituel constitue donc une conduite addictive. La dépendance est la caractéristique la plus spectaculaire de l'addiction. Ce concept est important pour notre travail, car c'est à partir de la dépendance, que l'on peut repérer l'impossibilité d'un autre choix et essayer de définir ce qui est pathologique par nature.

Par *disposition narcissique*, nous entendons un ensemble de traits de personnalité caractérisant les sujets dits « narcissiques ». Ces traits sont des inférences à partir de formes de comportements observées chez les personnalités narcissiques, comportements restant identiques à travers des situations variées. Cette identité relative du comportement, se manifeste par une constance ou une récurrence de formes

comportementales, qui donne à la personne une certaine stabilité de signification. La psychopathologie de la vie quotidienne du fumeur nous renseigne sur ces traits de personnalité, sur les circonstances d'apparition et le mode de fonctionnement psychique avec le tabac. La souffrance morale, faite de honte, de culpabilité, d'esclavage, vient donner une forme à la personnalité du fumeur et met en évidence des « ratés » du narcissisme, qui peuvent être mesurés par le questionnaire de disposition narcissique que nous présenterons plus loin (et la grille d'évaluation des traits narcissiques au test de l'arbre que nous sommes en train de construire).

## **Revue de la littérature**

Pour Freud, le tabagisme, sous forme de cigares, a occupé une place importante dans sa vie, dans sa maladie (cancer de la mâchoire) et dans sa mort. Pourtant, il n'a presque rien écrit sur l'intoxication nicotinique. Dans ses écrits théoriques, il s'intéresse très peu à l'habitude de fumer et parle à l'occasion d'intoxication. La suggestion qu'une oralité constitutionnelle pourrait jouer un rôle dans l'addiction, prend place dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). Fumer est, pour Freud, la conséquence d'une tendance congénitale à l'érotisme oral et une pratique dérivée du suçotement. Après avoir parlé des enfants qui ont « une sensibilité érogène de la zone labiale », il écrit : « Si cette sensibilité persiste, l'enfant sera plus tard un amateur de baisers, recherchera les baisers et, devenu homme, il sera prédisposé à être buveur et fumeur » (Freud, 1905).

Cependant, Freud ne dit pas que tous les fumeurs ont une sensibilité orale particulièrement développée, ni qu'une telle sensibilité conduit au tabagisme. Il ne dit pas non plus qu'une fixation orale ne peut résulter que d'une tendance congénitale. Dans une lettre à son ami Fliess, Freud décrit l'habitude de fumer comme un dérivé de la masturbation qui, elle-même, correspondrait à un « besoin primitif ». Avec l'apparition du recours à la masturbation, vient s'ancrer dans le psychisme la première addiction : « J'en suis venu à croire que la masturbation était la seule grande habitude, « le besoin primitif », et que les autres appétits tels que les besoins d'alcool, de morphine, de tabac, ne sont que les substituts, les produits de remplacement » (Freud, 1897). Donc, être intoxiqué du tabac, c'est faire dériver sur le tabac un besoin sexuel primitif qui n'est

lui-même qu'une intoxication. Pour que se développe le besoin du toxique, il faut que s'engouffre dans le désir du toxique un besoin sexuel. Mais la spécificité de ce besoin sexuel, est qu'il produit l'effet d'une addiction. Freud va encore plus loin, puisqu'il affirme que le besoin sexuel est la conséquence de substances sexuelles qui agissent comme des toxines. Le besoin sexuel est dû à « l'action de substances chimiques dans le corps qui exercent une excitation ou font naître un besoin, exactement comme les stupéfiants » (Freud, 1905). Sexualité et addiction correspondent donc à deux besoins parfaitement homologues, enracinés dans le corps par la chimie des toxiques. Pour Freud (1929), l'addiction est aussi une protection contre la souffrance. Les addictions sont, pour lui, des « briseurs de soucis ». Le produit choisi désigne une place dans la psychopathologie. Même si Freud s'interroge dans ses articles concernant l'alcoolisme ou la toxicomanie, tantôt sur la métapsychologie des états psychotiques, tantôt sur le modèle organique des névroses, tantôt sur le principe de plaisir, il ne résout pas explicitement dans son œuvre la place nosographique des conduites addictives.

Le tabac, pour Braunschweig & Fain (1974), est à la source d'une addiction qui altère le soma tout en favorisant la vie sociale. Ils considèrent que l'enfant est en attente, en latence de sa première cigarette officielle. Ainsi, un bébé à qui il est donné une sucette pour se calmer est contrarié dans l'organisation d'un mouvement spécifique qui lui permettrait de conquérir tout seul son pouce, c'est-à-dire de mener son pouce à sa bouche. Ce don s'accompagne d'une promesse implicite « plus tard, tu pourras le faire tout seul », sous-entendu qu'il s'agira d'abord d'une confiserie, ultérieurement d'une cigarette. « Plus tard, tu t'achèteras tout seul des cigarettes ». Les pensées et les tentatives clandestines qui apparaissent durant cette attente, vont déboucher sur le piège du « néo-besoin » (McDougall, 1996) qui a pour objet, en créant de nouvelles voies de satisfactions immédiates, de multiplier les expériences de satisfaction aux dépens de l'organisation mentale qui naît des auto-érotismes. L'érotisme oral, dont on parle à propos de cette addiction, serait une sorte de « perversion » de la fonction respiratoire. Fumer répète, en fait, à travers un besoin créé de toutes pièces, une expérience de satisfaction et ne suit pas le frayage de la voie érotique. Pour cela, il eût fallu que l'excitation liée à la privation du tabac trouve, après avoir été un moment retenue, sa propre voie de décharge (telles

personnes qui ayant cessé de fumer, rêvent avec culpabilité et inquiétude de retomber dans cette fâcheuse ornière). L'addiction apparaît comme une tentative désespérée, bien que vouée à l'échec, de s'étayer sur un néo-besoin contre-investi efficacement par un néo-objet. Le néo-besoin organisé, à l'avance, a pour mission de se charger des mêmes impératifs que les besoins vitaux dominés par les instincts de conservation. Les besoins vitaux impliquent la dépendance à l'objet réel, qu'il soit humain (la dépendance est articulée à la mise en place, par la mère et la société, de néo-besoins), animal ou inanimé (chose, substance), psychique (idéal) ; ils donnent priorité au narcissisme secondaire. L'addiction serait en quelque sorte la mise en œuvre d'une pathologie du narcissisme (au départ secondaire), caractérisée par la reviviscence des instincts et le réveil de la problématique de la séparation-individuation de l'enfance.

Pour Pédinielli (1985, 1996), l'usage du tabac fait partie des conduites à propos desquelles le terme d'addiction a pu être employé. Il parle d'addiction tabagique lorsque le fumeur est dans l'incapacité à mettre un terme à ce comportement addictif qui, par ailleurs, apparaît comme une lutte contre l'angoisse, une recherche de plaisir liée à une érogénéité particulière (respiratoire et/ou olfactive) et une tentative de maintien de son identité et de sa cohésion interne par le recours à l'automatisme du geste, à ses bénéfiques secondaires moteurs, narcissiques et sociaux et par la confrontation à la mort. Il rapproche les conduites addictives (y compris le tabagisme), d'autres pathologies comme les manifestations dépressives par exemple, c'est-à-dire de troubles posant la question des pathologies narcissiques, de la notion « d'actes-symptômes », où prédomine l'agir (boire, manger, se piquer, fumer, ...) et du terme de perversion orale qu'évoque Abraham (1925).

Pour Gutton (1984), les addictions révèlent des actes d'incorporation olfactive (*sniffing*), respiratoire (toxicomanie, tabagisme), cutanée (injection), anale, génitale. L'addiction tabagique apparaît donc comme une série d'actes d'incorporation respiratoire. Ces actes expriment la dimension du plaisir sous des formes diverses, qu'il est impossible de considérer comme renvoyant uniquement à la sphère orale. Ces pratiques d'incorporation évoqueraient des comportements marqués par l'avidité comme la boulimie, la potomanie, l'ingestion d'alcool, certaines tentatives de suicide et auto-mutilations, les saignements auto-provoqués, certaines pharmacodépendances et certains comportements

sexuels à l'adolescence. Ces incorporations réelles ont pour caractéristiques les aspirations impétueuses, l'avidité surprenante et la consommation effrénée. La particularité de ces comportements réside dans l'existence d'auto-érotismes qui supposent l'utilisation d'une zone corporelle et d'un objet extérieur.

Charles-Nicolas (1981, 1982, 1985) s'attache à montrer la relation passionnelle qui lie le sujet addicté à son objet drogue (comme la passion du fumeur pour sa cigarette). Pour Charles-Nicolas, la passion est cette relation forte, prégnante, vitale, qui projette le sujet addicté de tout son être vers l'objet drogue et qui implique la nécessité de la répétition de comportements ordaliques à risque sévère, comme dans l'addiction tabagique. Les fumeurs, toujours à la frontière entre la vie, la maladie et la mort, ne risquent-ils pas leur santé ? Ce n'est pas pour devenir un surhomme qu'un fumeur se met en risque, met son corps en danger, mais c'est en fait pour être simplement en droit de vivre, pour être un homme, pour réussir à vaincre la mort. Pour Charles-Nicolas (1985), l'addiction est une protection contre autrui et vient colmater une blessure narcissique. Le sentiment d'inefficacité, d'impuissance des fumeurs face à la vie de dépendance, en raison de leur difficulté à trouver une identité, va les amener à rechercher un sentiment d'individualité à travers des actes singuliers marquant leur différence et leur conférant le sentiment d'exister. Certains fumeurs passent leur temps à se protéger d'autrui. Ils sont constamment menacés et s'occupent perpétuellement à amortir l'agression et l'intrusion possibles. Cette recherche de protection contre l'agression ou l'intrusion, passe par la cigarette. C'est fréquemment que les fumeurs se précipitent sur leur cigarette après une blessure narcissique apparemment minime : une contrariété, un léger contretemps, un embouteillage sur la route, une phrase anodine, ...

Au cours de l'une de ses brèves allusions à la pharmacodépendance, Winnicott (1969) affirme que l'on peut définir l'addiction en terme de régression au stade primitif où les phénomènes transitionnels ne sont pas mis en question. Cette stagnation à l'illusion primitive va engluier le sujet dans le stade des satisfactions hallucinatoires, en le condamnant à investir l'absence même, en lieu et place de l'objet de désir. Il devient alors possible de nier l'importance de l'objet humain et de faire l'économie de l'ambivalence avec l'objet aimé. Ces défenses narcissiques pathologiques entraînent un défaut fondamental dans l'idéal du

moi, l'estime de soi et le sentiment d'identité personnelle. Que le toxique ait une valeur de bon ou de mauvais objet, qu'il soit faussement prétendu idéal ou persécuteur, Winnicott retient le fait que les addictions servent à protéger le sujet contre la dépression, voire la psychose. Elles ont une valeur défensive pour le moi. Elles servent aussi à colmater une blessure narcissique.

Kohut (1974) estime que le trouble narcissique est au centre de la psychopathologie de toute addiction. Il considère l'addiction comme une forme de narcissisme pathologique. Ce qui caractérise les personnalités narcissiques, pour lui, c'est le manque d'une « structure psychologique interne », capable de réduire la tension et de réguler l'estime de soi. L'addiction, quelle qu'elle soit, viendrait alors combler ce manque, ce vide structural à l'intérieur du soi en réduisant la tension et en régulant l'estime de soi. Dans cette perspective, l'addiction semble être une tentative désespérée pour « rendre bon » cet échec en intériorisant les fonctions du soi-objet. L'addiction apparaît comme un compromis entre deux échecs : celui de l'intériorisation et celui des défenses narcissiques (Jeammet, 1991). L'addicté, essaie aussi, par son addiction, de neutraliser le manque d'estime de soi, l'incertitude du soi et le sentiment épouvantable de fragmentation du soi. On y voit une dimension de sauvegarde narcissique paradoxale visant à restaurer l'intégrité du soi, en cherchant à détruire le corps comme objet (Brusset, 1984).

McDougall (1982) estime que l'addiction ramène aux diverses problématiques narcissiques, puisque l'objet d'addiction est une sorte d'idéal narcissique. Pour l'addicté, que son addiction soit sexuelle, boulimique, tabagique, médicamenteuse, alcoolique ou celle des opiacés, son objet n'est pas vécu comme mauvais, au contraire, il est recherché comme recelant tout ce qui est « bon », tout ce qui, dans les cas extrêmes, donne sens à la vie. L'objet est investi de qualités bénéfiques, voire d'amour. Il s'agit d'un objet de plaisir, dont on peut s'emparer pour atténuer des états affectifs intolérables et, dans un premier temps, il est vécu comme un bon objet. Dans un second temps, ce même objet est pris à l'intérieur de soi, devient persécuteur, menaçant et on cherche à s'en débarrasser, dans un troisième temps. McDougall considère l'addiction comme un désordre du soi : « le soi se déchaîne ». La drogue devient l'objet d'amour unique de l'addicté, la substance devenant une partie du Soi (Lewin, 1987). Un grand nombre

de personnes s'adonnant aux drogues, ont échoué à trouver une voie satisfaisante dans l'amour d'eux-mêmes et ont été autodétruites. Cela peut sembler paradoxal, mais les addicts qui sont préoccupés par eux-mêmes sont aussi connus pour ne pas prendre soin d'eux-mêmes et ils souffrent d'une carence qui entraîne une incapacité à prendre soin d'eux-mêmes (Khantazian, 1981).

En conclusion, que la formulation se fasse en termes de dérivation d'un besoin sexuel primitif et/ou d'échec des satisfactions substitutives produisant l'effet d'une addiction, d'étayage sur un néo-besoin contre-investi efficacement, d'actes d'incorporation, de répétitions de comportements addictifs à risque mortel, d'échec de l'intériorisation et des défenses narcissiques, de défaillances des régulations narcissiques (désordre du soi), *les comportements subsumés sous le terme d'addiction doivent être situés dans une pathologie évoquant l'axe narcissique.*

Qu'il s'agisse de pharmacodépendances (aux produits licites ou illicites), d'alcoolisme, de tabagisme, de dépendances alimentaires ou d'autres dépendances, la clinique des conduites addictives nous ramène toujours à des carences narcissiques sérieuses et précoces entraînant des vécus dépressifs contre lesquels il s'agit de lutter à la fois par le comportement et par le corps (Bergeret, 1990). Dans les conduites addictives, nous retrouvons des particularités de l'économie narcissique renvoyant très clairement à la tension intérieure, à la douleur physique, à l'angoisse devant le vide intérieur, sentiments ravivés à l'approche de tout conflit ou de toute rupture. Cette faille narcissique, dont le rapport avec le procès d'identification et la relation singulière d'objet doivent être soulignés, constitue le socle sur lequel viennent s'établir les conduites addictives, qui représentent un rempart contre la menace d'abandon, ou pire, d'anéantissement, et contre le décalage avec les idéaux du Moi. Nous sommes bien proches de la clinique des états-limites.

Notre intention est de présenter le tabagisme comme un prototype d'addiction pouvant expliquer et rendre compte de la personnalité du fumeur (disposition narcissique).

## **Le bilan psychologique**

*Le bilan psychologique* va nous permettre : – d’observer s’il existe un lien entre la conduite addictive du fumeur et le développement de symptômes psychopathologiques repérables ; – de mettre en évidence les symptômes psychopathologiques qui semblent jouer un rôle dans la pérennité du tabagisme ; – de faire la part, une fois l’addiction installée, de ce qui revient à la personnalité antérieure du sujet et de ce qui correspond à des modifications de la personnalité ou du comportement sous l’effet du toxique.

Le protocole de bilan que nous avons utilisé permet une double investigation : d’une part, celle de l’addiction tabagique, en nous centrant sur les aspects physiopathologiques, psychologiques et comportementaux, et d’autre part, l’évaluation de la personnalité (le comportement tabagique pourrait traduire un ensemble de traits de personnalité qui ouvre sur la complexité des états-limites et des différents types de souffrance narcissique).

Ces comportements tabagiques possèdent leurs propres modalités évolutives en fonction du sujet qui les présente, s’accordant ou s’auto-entretenant en de subtiles boucles comportementales, physiologiques et psychopathologiques. Certains sont susceptibles de conduire à un appauvrissement progressif de la vie affective, relationnelle et sociale, d’autres pourront être utilisés comme moteur de la vie sociale. L’évaluation de l’addiction tabagique implique que nous apprécions, chez les fumeurs, les parts respectives entre les dépendances nicotinique et psychologique.

### *La dépendance pharmacologique*

Il existe, en effet, une dépendance pharmacologique liée à la nicotine ; celle-ci, lors de l’inhalation de la fumée, est absorbée intensément, avec élévation rapide de son taux plasmatique et fixation en quelques secondes sur des récepteurs cérébraux et en particulier la zone mésolimbique dite de « récompense » ; cette arrivée massive de nicotine est responsable de la double dépendance physique et psychologique.

Depuis la publication, en 1988, du livre du « *Surgeon General* », « *Nicotine Addiction* », nous savons désormais que la nicotine est la principale substance responsable de cette dépendance. La dépendance

physique apparaît chez les fumeurs chaque fois que la nicotémie tombe au-dessous d'un certain seuil. Et une sensation de manque, de besoin, avec une pulsion irrésistible à reprendre une cigarette, survient contre la volonté même du sujet. Il s'y associe irascibilité, nervosité, irritabilité ; l'ensemble constitue le syndrome aigu de sevrage et est une des principales causes des échecs et récidives à court terme.

Pour évaluer la dépendance physique, le nombre de cigarettes est un mauvais indice, car la quantité de nicotine absorbée varie considérablement d'un fumeur à l'autre suivant la façon de fumer, l'intensité et la profondeur de l'inhalation, la longueur du mégot, ... Pour trente cigarettes, les chiffres peuvent varier de 10 à 90 mg de nicotine par jour.

Tableau I : Le questionnaire de Fagerström.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1) Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moins de 15 <input type="checkbox"/></li> <li>- de 15 à 25 <input type="checkbox"/></li> <li>- plus de 25 <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>2) Quel est le taux de nicotine de vos cigarettes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moins de 0,8 mg <input type="checkbox"/></li> <li>- de 0,8 à 1,5 mg <input type="checkbox"/></li> <li>- plus de 1,5 mg <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>3) Avalez-vous la fumée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jamais <input type="checkbox"/></li> <li>- parfois <input type="checkbox"/></li> <li>- toujours <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>4) Fumez-vous plus, de façon plus rapprochée, le matin que l'après-midi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- oui <input type="checkbox"/></li> <li>- non <input type="checkbox"/></li> </ul> | <p>5) A quel moment fumez-vous votre première cigarette ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans la demi-heure suivant le lever <input type="checkbox"/></li> <li>- plus tard <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>6) Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la première <input type="checkbox"/></li> <li>- une autre <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>7) Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit (angine, grippe, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- oui <input type="checkbox"/></li> <li>- non <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>8) Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (cinéma, salle d'attente, train, ...) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- oui <input type="checkbox"/></li> <li>- non <input type="checkbox"/></li> </ul> |
|---|---|

Le *Questionnaire de Fagerström* (tableau I) fournit des éléments beaucoup plus précis. Il permet d'évaluer le degré de dépendance

physiologique à la nicotine de chaque fumeur. Son intérêt est de renvoyer à une mesure précise de l'intensité et du degré de la dépendance physiologique à la nicotine, afin de permettre une meilleure prise en charge clinique et donc de viser à une meilleure efficacité thérapeutique. Il comporte huit questions avec deux ou trois modalités de réponse. Le sujet coche la case qui correspond à sa situation. Un score de zéro à deux points est attribué en fonction des réponses choisies (le total des scores permet de distinguer : une très forte dépendance de 9 à 11 ou une forte dépendance de 7 à 8, une dépendance moyenne de 5 à 6, une dépendance faible ou légère de 0 à 4). La consigne donnée aux fumeurs est : « *Voici un questionnaire comportant 8 questions destinées à évaluer la dépendance à la nicotine. Vous cochez la case qui vous concerne* ». Cet auto-questionnaire est rempli par les fumeurs dans la salle d'attente avant la réunion d'information et la consultation. En fonction des résultats de cette évaluation, une aide peut être proposée, adaptée à chaque fumeur.

Pour la dépendance physique, le traitement le plus efficace consiste à fournir la nicotine sous une autre forme que le tabac (gomme ou timbre), en quantités suffisantes pour supprimer le besoin, puis à des doses dégressives et pendant le temps nécessaire pour obtenir une désaccoutumance (au moins trois mois).

Dans l'utilisation de ce questionnaire, nous intéresse la mise en évidence de la capacité propre du fumeur à organiser sa vie autour de la quête avide de la cigarette, de la répétition, de la dépendance et plus précisément d'un comportement addictif, qui a des incidences au niveau de sa personnalité. La liaison entre certaines pathologies mentales et le tabagisme autorise à s'interroger sur la personnalité du fumeur, à repérer les traits de la personnalité de celui-ci une fois l'addiction installée et nous invite à comprendre son fonctionnement mental.

### *La dépendance psychologique et comportementale*

La dépendance psychologique et comportementale est liée aux propriétés psychoactives de la nicotine, qui induit l'apparition de diverses sensations, ressenties comme positives à court terme et menant à un renforcement de la conduite tabagique : – sensation de plaisir et stimulation des fonctions intellectuelles (concentration, vigilance, mémoire à court terme) ; – régulation de l'humeur avec chez certains,

Tableau II : Test de dépendance psychologique et comportementale.

Echelle de cotation :					
5 (toujours), 4 (souvent), 3 (à l'occasion), 2 (rarement), 1 (jamais).					
	5	4	3	2	1
1) Je suis plus efficace dans mon travail, je réfléchis mieux quand je fume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) J'aime manipuler une cigarette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Fumer me calme, me détend, me décontracte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) J'aime le goût du tabac, des cigarettes quand je fume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Lorsque je suis mal à l'aise ou perturbé, j'allume une cigarette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Lorsque je n'ai plus de cigarettes, je ne peux absolument pas le supporter, il faut que je m'en procure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Je fume automatiquement sans y penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Je fume pour me stimuler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Saisir la cigarette, la tenir, la tapoter entre ses doigts fait partie du plaisir de la manipuler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Quand je suis bien et détendu, je fume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Fumer est mon plaisir et je savoure cette sensation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) J'augmente ma consommation de cigarettes quand des difficultés personnelles apparaissent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Quand je n'ai pas fumé depuis un moment, j'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) J'allume une cigarette sans réaliser qu'une autre brûle inachevée dans le cendrier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Fumer me permet de me mettre au travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Prendre un paquet de cigarettes, sortir une cigarette, l'allumer, la fumer fait partie du plaisir de fumer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Quand je me relaxe, j'ai du plaisir à fumer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) J'aime contempler l'incandescence de ma cigarette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Lorsque j'ai le cafard et que je ne veux pas penser, je fume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Dès que je ne fume pas, j'en suis très conscient et je ne peux pas contrôler le désir de fumer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Il m'arrive de me rendre compte que j'ai une cigarette à la bouche sans me rappeler de l'y avoir mise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

détente dans les situations difficiles (action anxiolytique) ou, chez d'autres, stimulation à long terme (action anti-dépressive) ; ... La répétition des gestes du fumeur est probablement liée à la courte demi-vie de la nicotine qui implique un réapprovisionnement fréquent, crée et entretient un automatisme gestuel.

Ces gestes sont nécessairement associés à une foule de circonstances de la vie, à des stimulus environnementaux agissant comme autant de renforçateurs secondaires. Le *Test de dépendance psychologique et comportementale* (tableau II) tente de prendre en compte ces processus automatiques et permet d'étudier l'importance de la dépendance comportementale (variabilité du rôle psychologique de la cigarette d'un sujet à l'autre : importance respective du plaisir, de la détente, de la stimulation intellectuelle, du soutien pour le moral, ...). Ce test, construit par l'un de nous et en cours de validation, s'inspire du test de Horn. Il comprend vingt et un items regroupés en sept catégories (stimulation, manipulation, relaxation, plaisir, réduction de la tension, addiction psychologique, habitude). Le sujet a le choix entre cinq modalités de réponse (toujours, souvent, à l'occasion, rarement, jamais) et coche la case qui correspond à sa situation. Un score ou indice de dépendance psychologique et comportementale est attribué en fonction des réponses choisies (5, 4, 3, 2, 1). Il permet d'évaluer le degré de dépendance psychologique et comportementale des fumeurs (score sur 15). La consigne donnée aux fumeurs est la suivante : « *Voici un questionnaire comportant 21 phrases destinées à évaluer la dépendance psychologique et comportementale. Vous cocherez la case qui correspond à ce que vous ressentez* ».

Son utilisation permet de montrer que les deux modèles tabac-drogue et tabac-outil psychologique ne s'excluent pas l'un l'autre. Il se peut que ces deux effets s'interpénètrent à des degrés divers. Cette conjugaison d'effets fera qu'un individu fume ou pas, déterminera la façon dont il fume et mettra en évidence des comportements possédant leurs propres modalités évolutives.

### *L'entretien non-directif*

Les troubles psychopathologiques peuvent être recherchés au cours d'entretiens. Nous avons utilisé un entretien non-directif, qui est destiné à repérer le mode d'entrée dans le tabagisme, le maintien et la sortie du

tabagisme (demande de sevrage tabagique). Cet entretien sert à évaluer le comportement tabagique (dépendance physique et psychique) et à apprécier l'ancienneté du tabagisme (consommation en paquets par année par exemple) et le nombre de cigarettes fumées, ainsi que la nature de celles-ci. Le clinicien apprécie également l'environnement tabagique, en particulier professionnel et familial qui conditionne, pour une part, le sevrage et les essais de sevrage antérieurs. Il recherche également une autre toxicomanie associée (alcoolisme, par exemple) et les motivations du fumeur concernant l'arrêt.

L'entretien non-directif s'engage ainsi : « *Racontez votre parcours de fumeur* ». Notre travail de psychologue a consisté à privilégier des attitudes centrées sur la relation d'aide (écoute, disponibilité, empathie, ...) et les techniques constituant les fondements de la relation d'aide rogérienne (non-directivité, reformulation, ...).

En évaluant la personnalité du fumeur, nous voulons montrer que l'addiction tabagique n'est pas exclusivement déterminée par les propriétés biologiques du produit ou de la situation, mais répond à une logique de résolution mal appropriée d'un problème interne ou externe (Pédinielli *et al.*, 1996). Ces éléments conduisent à s'interroger sur la nature du plaisir tiré de l'addiction tabagique, sur la fonction de ce comportement, sur sa genèse et à se demander sur quels mécanismes repose la dépendance psychologique au tabac. Parmi les mécanismes de l'addiction tabagique nous trouvons ceux renvoyant à des pathologies évoquant l'axe narcissique.

### *La disposition narcissique*

Le *Questionnaire de disposition narcissique* (Q.D.N.) (tableau III) permet d'évaluer (score sur 15) la disposition narcissique des fumeurs (que nous avons défini page 3). Il comporte quarante-cinq questions regroupées en neuf thèmes : *égocentrisme, survalorisation de soi et préoccupation de soi ; fragilité de l'estime de soi ; labilité émotionnelle, affective, ambivalence dans les réactions à l'égard de soi et d'autrui ; quête affective, relationnelle et sociale ; recherche de sensations ; extraversion ; introversion ; utilisation et exploitation d'autrui ; sentiment d'avoir droit*. Il s'agit des caractéristiques des personnalités narcissiques recueillies à partir du D.S.M.-III-R (1991), pour l'essentiel, et des travaux de Kernberg (1980) destinés à déceler les traits

narcissiques. Le sujet a le choix entre quatre modalités de réponse et coche la case qui correspond à sa situation (tout à fait d'accord, assez souvent d'accord, quelquefois d'accord, pas du tout d'accord).

Tableau III : Questionnaire de disposition narcissique (Q.D.N.).

Echelle de cotation :				
3 (tout à fait d'accord), 2 (assez souvent d'accord), 1 (quelquefois d'accord),				
0 (pas du tout d'accord).				
	0	1	2	3
1) Je suis une personne exceptionnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Je manque certainement de confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) De temps en temps, j'éprouve de la haine ou de l'indifférence pour des personnes que j'aime habituellement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Je suis très sociable et ouvert dans les relations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) J'aime les situations où j'ai à parler, discuter, échanger avec d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Je m'attends toujours à bénéficier d'un traitement favorable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Je vis cloîtré, je reçois rarement sinon jamais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Il m'arrive de penser que je ne suis bon à rien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) J'ai peu d'amis, je n'ai que des connaissances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) J'aime les réceptions parce que j'apprécie la compagnie d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Je ne blâme pas une personne qui profite de quelqu'un qui se laisse faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Je ne suis satisfait que lorsque j'obtiens ce que je mérite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) J'aime bien faire parfois des activités quelque peu dangereuses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) La plupart du temps, j'ai le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal ou de travers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Quand je me sens très heureux, quelqu'un qui est démoralisé ou triste gâchera tout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Je m'adapte facilement à toutes les situations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Il m'arrive de me faire des amis en pensant qu'ils pourront m'être utiles à un moment donné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) J'insiste pour obtenir le respect qui m'est dû.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) J'aime me regarder dans un miroir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) J'aime l'imprévu dans les activités ou les relations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Souvent lorsque tout va bien, je m'étonne d'être sans inquiétude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) J'attache une grande importance à mon apparence extérieure car j'aime être beau et bien paré.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Les gens croient souvent ce que je leur dis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Cela m'ennuie de toujours voir les mêmes figures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) J'ai tendance à me sous-estimer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Ma façon d'être me met souvent au devant de la scène.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Il me semble ne pas avoir particulièrement besoin de familiers ou d'intimes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Je n'hésite pas à me servir des idées des autres quand elles peuvent m'être utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Je m'arrange pour rencontrer des personnes qui me font savoir qu'elles m'apprécient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Mes sentiments sont facilement blessés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) J'ai besoin de variétés ou d'expériences diverses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Connaître des personnes intéressantes et réputées me donne l'impression d'être quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) J'estime que l'on doit m'éviter d'attendre quand je suis pressé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) En général, mes aptitudes me permettent de réussir tout ce que j'entreprends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Par moment, je suis plein d'entrain sans raison spéciale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Je suis plutôt distant, secret, peu communicatif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Je cherche toujours à élargir le cercle de mes relations en faisant de nouvelles connaissances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Souvent, je préfère demander à quelqu'un certaines choses plutôt que de les faire moi-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) Je me préoccupe avant tout de moi et j'ai tendance à moins m'intéresser aux autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) J'ai une vive aversion pour la monotonie et toute activité routinière et répétitive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) J'ai tendance à ne penser qu'à la réussite sociale, relationnelle ou affective.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) J'ai souvent le sentiment que les choses me sont dues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) J'aime particulièrement être félicité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) Mon humeur est très fluctuante et connaît des hauts et des bas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) J'ai tendance à ne pas exprimer ce que je ressens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un score ou indice de narcissisme est attribué en fonction des réponses choisies (tout à fait d'accord (3), assez souvent d'accord (2), quelquefois d'accord (1), pas du tout d'accord (0)). Cet outil original, créé par l'un de nous, est en cours de validation. La consigne donnée aux fumeurs est précise : « *Voici un questionnaire comportant 45 affirmations. Vous cochez la case qui vous convient. Répondez le plus spontanément possible à toutes les affirmations* ».

Le *Test projectif de l'arbre* permet d'explorer la personnalité du fumeur et son matériel offre des sollicitations au narcissisme. La projection permet de rendre apparent ce qui est caché et restitue des événements de l'enfance qui ont eu un rôle déterminant dans la pathologie narcissique. Ce test permet de découvrir l'investissement exagéré du Moi, les facteurs affectifs qui sont à l'origine de ce surinvestissement, particulièrement les frustrations et les états d'âmes dépressifs qui peuvent en être la conséquence et qui ont suscité la défense narcissique. Le test de l'arbre constitue aussi un précieux instrument de diagnostic clinique. Il permet d'obtenir un riche matériel d'expression qui complète les résultats acquis par d'autres moyens d'investigation. De plus, il s'avère être un instrument précieux pour le repérage des traits narcissiques d'un sujet et mérite qu'on s'y intéresse. Nous obtenons un matériel graphique destiné à être interprété. A partir de la consigne (« *Dessinez un arbre qui ne soit pas un sapin* »), le test permet d'explorer la personnalité du fumeur et de repérer les traits narcissiques (repérage des tracés mettant en évidence certaines caractéristiques cliniques des pathologies narcissiques) à partir d'une grille d'évaluation en cours de construction, se référant aux travaux de Koch (1978), de Stora (1975, 1978) et de De Castilla (1994). Le matériel comprend : une feuille de papier blanc (par exemple, papier de machine à écrire) de format A4 (210 x 297 mm), un stylo noir. La feuille est présentée au sujet de champ, mais on ne fait aucune remarque si celui-ci la tourne dans le sens de la largeur. Il est souvent profitable d'observer de façon discrète la marche du dessin et la durée approximative de son exécution. Le *Questionnaire du dessin d'arbre achevé (Q.D.A.A.)* (tableau IV), que nous avons construit, comporte dix questions auxquelles le sujet doit répondre oralement après avoir effectué le dessin de l'arbre. Ce questionnaire permet de mettre en évidence la puissance de sollicitation plus ou moins grande que le dessin d'arbre projeté suscite chez le

dessinateur (phénomènes expressifs d'origine subjective). Il sera utilisé en complément de l'analyse psychologique des tracés d'arbre des sujets. La consigne est la suivante : « *Vous allez répondre spontanément et rapidement à dix questions que je vais vous poser oralement concernant votre dessin d'arbre* ».

Tableau IV : Questionnaire du dessin d'arbre achevé.

- |  |   |
|--|---|
| <p>1) Quelle sorte d'arbre est-ce ?</p> <p>2) Quel âge a-t-il ?</p> <p>3) A quoi ou à qui ressemble-t-il ?<br/>Qu'est ce qui, dans votre dessin, vous donne cette impression ?</p> <p>4) Cet arbre est-il vivant ? Si oui, y a-t-il une partie morte ? Si oui, laquelle ? Qu'est ce qui, dans votre dessin, vous donne cette impression ?</p> <p>5) Cet arbre est-il actif ou passif ?<br/>Qu'est ce qui, dans votre dessin, vous donne cette impression ?</p> <p>6) Cet arbre est-il un arbre du passé, du présent ou de l'avenir ? Qu'est ce qui, dans votre dessin, vous donne cette impression ?</p> | <p>7) Cet arbre est-il en pleine croissance ou a-t-il atteint sa maturité ? Qu'est ce qui, dans votre dessin, vous donne cette impression ?</p> <p>8) De quoi cet arbre a-t-il besoin ?<br/>Qu'est ce qui, dans votre dessin, vous donne cette impression ?</p> <p>9) Cet arbre est-il nostalgique ?<br/>Qu'est ce qui, dans votre dessin, vous donne cette impression ?</p> <p>10) La croissance de cet arbre a-t-elle été normale ou a-t-elle été difficile ? Qu'est ce qui, dans votre dessin, vous donne cette impression ?</p> |
|--|---|

En conclusion, la mise en œuvre de ce protocole expérimental permet de tester l'effet de la disposition narcissique sur le degré et l'intensité de l'addiction tabagique consécutifs à une augmentation des troubles du narcissisme et à la mise en évidence de « ratés » du narcissisme et de repérer si le degré et l'intensité de l'addiction tabagique traduit des dysrégulations narcissiques.

Ces outils amènent le clinicien à étudier les aspects comportementaux, physiopathologiques et psychopathologiques de l'addiction tabagique chez tout sujet consultant pour sevrage tabagique. Les outils utilisés ici permettent de justifier les interprétations cliniques relatives à la

présentation du cas clinique qui suit et qui vient illustrer notre pratique du bilan psychologique.

## **Présentation d'un cas clinique**

Madame N. 35 ans se présente à la consultation pour une demande de sevrage tabagique. Elle fume environ un paquet de cigarettes par jour depuis l'adolescence. Elle a commencé à fumer des cigarettes brunes, puis à rouler ses propres cigarettes, à fumer ensuite régulièrement la pipe avant de passer, pour des raisons professionnelles, aux cigarettes blondes. La motivation qu'elle met au premier plan est un projet de grossesse.

Lorsqu'elle arrive à la consultation, nous sommes frappés par l'allure de cette jeune femme grande, jolie, bon chic, bon genre, à l'aise dans le contact, très sociable, communicative et complaisante dans la relation. Tous ses efforts sont dirigés vers une constante valorisation de soi, de son intelligence. Elle est adroite, fine, intuitive et exploite l'immédiat. Cette personne se caractérise par une forte vitalité, un besoin d'activités dirigées vers le concret, un goût à entreprendre qui la pousse à l'extraversion et à l'adaptation. Son zèle, son ardeur, ses enthousiasmes, la mettent quelque fois, et malgré elle, au devant de la scène, ce qui ne la dérange pas, car elle aime être le centre d'intérêt et se mettre en évidence. Elle se sent bien quand elle travaille. Véritable bourreau de travail, elle projette vers l'extérieur ses aspirations (travailler en équipe), ses idées. Elle ne peut pas rester sans travailler, car le travail l'aide à s'élever sur le plan de sa vie personnelle, professionnelle et sociale (« Pour moi, c'est peut-être aussi prouver que je peux. »). Cette attitude est le moyen qu'elle a trouvé pour compenser certaines de ses faiblesses (« Si je suis toujours en train de prouver que je peux, c'est aussi parce qu'intérieurement je ne suis pas certaine que je peux. »), renvoyant à une fragilité intérieure qu'elle attribue à des difficultés rencontrées durant l'enfance et l'adolescence et qui ont laissé leurs traces (« Surtout entre onze et quinze ans »).

En ce qui concerne son enfance, elle se présente comme une enfant qui avait besoin d'être rassurée et de bénéficier d'assises solides dans son milieu, appui qu'elle trouve généralement auprès de sa mère. Son affectivité était souvent inhibée ou retenue et quand elle se manifestait c'était souvent de manière brutale soit contre autrui (généralement son

père avec lequel elle était en conflit permanent), soit contre soi : avec une tendance à l'autocritique et à l'auto-dépréciation. Durant l'adolescence, la jeune fille traverse une crise narcissique et identificatoire : incertitude, doute, indécision, sentiment d'insuffisance. C'est la révolte pubertaire contre son père à qui elle reproche de l'avoir élevée comme un garçon et qu'elle veut « virer » à tout prix, manifestant ainsi un trouble de l'identité et une inscription dans une filiation dysharmonique. Elle est en proie à des inquiétudes diverses à propos des modifications du corps propre et notamment à propos de la sexualité, inquiétudes qui la suivront jusqu'à l'âge adulte (« Je fais partie des gens qui ont mis beaucoup de temps à trouver chaussures à leurs pieds. »). Entre onze et quinze ans, elle traverse une période très difficile qui correspond à la période où sa mère a commencé à travailler. C'est d'ailleurs à cette époque aux alentours de quatorze ans que Madame N. a « pris goût » à fumer.

### *L'entrée et l'installation dans le tabagisme*

L'entrée dans le tabagisme, à quatorze ans, s'est faite d'une manière extrêmement banale (« Pour expérimenter la cigarette, par goût du tabac. »). A partir de seize ans, la cigarette prend une signification liée au regard des autres. C'est pour elle l'époque des expériences de toutes sortes : fréquentations d'amis fumeurs et découverte de l'univers des fumeurs. La « fume » est donc un signe d'appartenance au groupe, un signe de reconnaissance, d'identification au groupe des pairs (« C'était un désir de conformité au groupe de gens que je fréquentais. »). L'utilité du tabac était donc d'être un régulateur de l'intégration sociale. La jeune fille éprouve le besoin de se redéfinir dans le regard d'autrui en adoptant la pratique tabagique. Elle ne se sent elle-même, elle ne se sent regardable, qu'avec ce supplément qu'est la cigarette (pour affirmer son identité personnelle et sa maturité sexuelle). La cigarette est essentiellement un objet de prestance et de séduction. Elle relève de la parure, surtout quand elle est accompagnée d'autres beaux accessoires comme des briquets (« Briquet de marque, en or. »).

Le processus recouvre une problématique narcissique : être vue avec la cigarette, être vue en la fumant, tout un spectacle qu'elle se donne à voir et qu'elle donne à voir aux autres : – à ses parents, auxquels elle n'a jamais caché qu'elle fumait (« Je ne me cachais pas pour fumer, c'était

pas tabou à la maison, mes parents préféraient que cela se passe en face que de manière cachée dans tous les domaines. ») ; – à ses amis, avec lesquels la cigarette était un appoint pour parfaire l'image qu'elle voulait donner d'elle (« J'avais lancé la mode en terminale, de fumer la pipe et il y avait plusieurs filles qui s'étaient mises à fumer la pipe dans le lycée (...) ça faisait rire tout le monde, les gens. »).

La « fume », c'est aussi un jeu (faire des expériences) avec et sur son corps, un certain rapport à l'objet et donc au monde (« Le sport consistait à découvrir, avec des amis, dès qu'une marque de cigarettes sortait et à la tester. »), jeu autour du tabac (test systématique des cigarettes brunes, blondes, légères, tabac, pipe qui sortent), de l'alcool (une fois). C'est une manière pour elle d'affirmer son identité. Entre dix-huit ans et vingt ans, elle est blessée par une déception amoureuse qui l'a meurtrie. Enceinte, elle a subi une interruption volontaire de grossesse aux alentours de dix-huit ans, à la suite de laquelle elle a présenté un état dépressif pendant dix-huit mois. Ce sont pour elle deux années difficiles où elle n'était pas mûre sur le plan affectif pour quitter le « giron familial » et vivre seule. Les aléas de sa vie personnelle et sentimentale l'amènent à fumer pour protéger son intégrité psychique. De fil en aiguille, le jeu l'entraîne du côté de la dépendance (« Quand on rentre dans le milieu étudiant, puis professionnel, alors là, on ancre des habitudes et le tabac devient une dépendance. Et pour moi, ça a été le cas assez vite. »). Elle devient « accroc du tabac » (« Il y a eu une époque où mon sac, c'était un véritable bureau de tabac ambulante : des brunes, des blondes, du tabac. »). Le besoin de fumer s'intériorise. Peu à peu, le tabagisme devient une habitude et la dépendance s'installe (« Il y a une dépendance physiologique qui s'est installée et c'est lié à un certain nombre de gestes et d'habitudes. »).

### *Les résultats au test de dépendance*

Pour ce qui concerne ce cas clinique, le *Test de dépendance psychologique et comportementale*, au tabac, renseigne le clinicien sur le vécu tabagique : manipulation, addiction psychologique, plaisir, relaxation, réduction de la tension, stimulation, habitude. Le total des scores indique une forte dépendance psychologique à la cigarette.

*Manipulation et gestualité* (score : 14/15), en rapport avec des comportements gestuels acquis. L'aspect « manipulatoire » est essentiel pour

cette personne. Elle attache une grande importance à la cigarette en tant qu'objet que l'on sort, saisit, touche, manipule, tient en main, allume, écrase (« J'ai toujours besoin de manipuler les objets, c'est lié à une certaine nervosité et c'est un point de repère physique (...) J'aime bien les jolis objets et je dirai que tout ce que je manipule dans la vie quotidienne, j'aime bien que ce soit beau, que les objets me plaisent et me soient agréables. »). Le geste de fumer est pour Madame N. visible par tous et donne une identité à la fumeuse qu'elle est (« Le cadeau d'adieu que mes amis m'ont fait, c'est un briquet de marque en or, et c'est tout à fait symbolique que pour eux, j'étais une fumeuse. »). Le geste de fumer, c'est aussi l'aspect mécanique, machinal conscient. Ce sont les gestes professionnels de la personne liés au tabac, qui s'inscrivent dans un contexte négatif masquant l'anxiété, les difficultés, les problèmes personnels : sujet difficile, réflexion compliquée, réunion difficile (« C'est un dérivatif, c'est une détente ou c'est une aide indéniable pour moi. »). C'est la cigarette du coup de téléphone, de la réunion de travail, au moment du lancement d'une impression de données saisies sur micro-ordinateur. Ce sont les gestes liés au tabac qui s'inscrivent dans un contexte positif, apportant la détente, la relaxation, le plaisir, avec cependant toujours en filigrane, la crainte d'aboutir à un geste compulsif inconscient (« Ce qui me fait peur, c'est d'avoir des tics, comme par exemple, avoir un morceau de papier à rouler, à tripoter, à rouler, mais je n'ai pas envie de tomber dans un truc comme ça. »).

*Plaisir* (score : 14/15), le plaisir occupe le devant de la scène, apparente, visuelle. La cigarette est un réel plaisir : – un plaisir gustatif (« J'y ai pris goût sur un plan vraiment du goût de la cigarette. » « Moi, j'aimais bien le goût. » « Pour moi, c'est par goût. » « Je trouve que ça a bon goût. » « C'est le goût du tabac. ») ; – un plaisir de l'odorat (« Quand j'ai mis le nez dans ce paquet de tabac, je trouvais que ça sentait super bon. ») ; – un plaisir des yeux (« Les paquets de cigarettes, il y en a qui sont super jolis. ») ; – un plaisir de la découverte et du jeu (« Le sport consistait à découvrir avec des amis dès qu'une marque de cigarettes sortait et de la tester. ») ; – un plaisir du toucher, la cigarette est pour cette personne une bonne cigarette pourvoyeuse d'un plaisir valorisé (« Ce sont des choses qui n'affectent pas réellement ou de façon sensible ni ma santé, ni mes capacités intellectuelles. Et le tabac, ça les

influence plutôt dans le bon sens. » « Je me concentre avec ça. » « C'est une aide indéniable pour moi. » « Il n'y a ni honte, ni culpabilité ».

*Relaxation et détente* (score : 11/15), lorsqu'elle est dans une circonstance agréable, dans un moment de détente, la cigarette accroît sa sensation de satisfaction (« Le tabac, c'est un moment de détente. »).

*Support réducteur de tension* (score : 10/15), renforçant les défenses contre l'angoisse. C'est la cigarette-paravent destinée à cacher le malaise de la personne. C'est la cigarette qui anéantit les difficultés, les problèmes, les angoisses professionnelles ou personnelles (« J'ai de toute façon repris quand je suis rentrée à l'école normale et je sais même assez bien pourquoi. » « Les trois plus mauvaises années de ma vie pour des tas de raisons – isolement affectif et familial, immaturité affective, grossesse, I.V.G., rupture – » « Je suppose que la reprise a dû se faire à ce moment-là... »).

*Addiction psychologique* (score : 13/15), où l'acte de fumer devient un besoin impérieux, répétitif, spécifique de la substance. Désormais, comment vivre sans cigarette ? La cigarette fait partie de son personnage (« Je ne sais pas si à moyen terme, je serai capable de tenir le coup. » « Oui, ça me manquera très longtemps de ne plus fumer. » « Je suis d'ailleurs convaincue que je fais partie des gens qui après plusieurs années d'arrêt auront toujours envie de fumer. »). Fume-t-elle par plaisir ?? Bien sûr. Fume-t-elle par amour du geste ? Certes. Mais c'est encore davantage. Fume-t-elle par besoin ? Évidemment. Mais c'est encore davantage que cela. Et à cette dépendance psychologique s'ajoute généralement la dépendance à la nicotine. Le score obtenu au test de Fagerström (7 sur 12) indique une forte dépendance physiologique à la nicotine.

*Stimulation* (score : 7/15) et *Habitude* (score : 4/15).

### *La signification du tabagisme*

Chez tous les débutants, la « fume » (le fait de fumer) représente d'abord l'accession à la génitalité, mais cette signification persiste de façon plus ou moins importante chez les individus selon leur organisation. L'entretien de Madame N. laisse penser que les difficultés qu'elle a rencontrées pour accéder à la génitalité, n'ont pas été totalement résolues et ont continué à s'exprimer et peut être à s'élaborer à travers son activité tabagique. Fumer, pour Madame N., c'est partir à

la conquête du feu sexuel (puissance sexuelle) détenu par le père. Tout se passe comme s'il fallait que le feu soit volé au père pour que l'exercice de la sexualité, représentée par la « fume » apparaisse. En volant la pipe de son père, symbole phallique, la personne est placée d'emblée en position masculine, position masculine déjà attribuée par son père lorsqu'elle était enfant. « C'était un truc tout bête, en rangeant les affaires de mon père avec ma mère, on avait retrouvé au fond d'un tiroir un vieux paquet de tabac et une vieille pipe de mon père qu'il n'utilisait plus. Et quand j'ai mis le nez dans ce paquet de tabac, j'ai trouvé que ça sentait super bon, alors je lui ai piqué la pipe et le tabac et j'ai fumé la pipe. J'ai trouvé ça super bon et pendant pas mal d'années, j'ai fumé régulièrement la pipe. » Elle fumait et donc suçotait la pipe de son père.

Très dépendante et attachée à sa mère (« J'ai été plus proche de ma mère que de mon père. »), elle refuse d'introduire le père dans la dyade initiale mère-enfant, car elle prend conscience que l'objet du désir maternel se trouve chez son père qui possède le phallus. Et cela aussi la pipe le représente. (« Sans faire de psychanalyse de cuisine, j'ai fait l'Œdipe à l'envers. Je voulais virer mon père, c'est clair. »)

Dans sa tentative de conquête de l'objet sexuel, elle rencontre un rival en la personne de son père. Les conflits sont permanents, croissants. (« C'est surtout durant l'adolescence, j'ai eu une période très conflictuelle avec mon père, des conflits latents permanents. »). La présence réelle ou symbolique de l'image paternelle suffit à aiguïser les conflits.

L'attachement libidinal au père se manifeste de trois manières :

– celui du rival à « virer » ;

– celui du rival à supplanter (« Si je suis tout le temps en train de prouver que je peux, c'est parce que vis-à-vis de mon père, je continue à passer mon temps à prouver que je peux. » « Je suis en compétition avec lui. ») ;

– celui d'un modèle à imiter, à qui ressembler : une identification au père. Imiter le père, plaire au père, se laisser façonner voire modeler par lui. (« Le parcours de mon père a constitué un modèle pour moi, qu'il m'a en partie imposé, mais que je me suis en partie approprié. » « Ce sont les schémas mentaux hérités de mon père. » « Le modèle plus ou moins autodidacte, j'ai fini par me l'approprier... ». Cependant les relations au père sont marquées d'ambivalence (« Je dois dire que mes

relations avec lui ont été extrêmement ambiguës. ») et posent le problème complexe de la double identification maternelle et paternelle. L'assomption à la sexualité à travers celle du sexe se trouve remise en question, ce qui l'incite à fumer. Elle aurait aimé que son père la traite comme une femme (« Parce que j'ai été élevée comme un garçon. Quand ma sœur est née, mon père a regretté que ce ne soit pas un garçon et du coup, il a décidé que je serai le garçon. »). L'activité vient se substituer à l'activité sexuelle, parce qu'elle a des difficultés à assumer son sexe. Est-elle femme ou n'est-elle pas femme ? Un problème d'identification sous-tend le discours sur la cigarette (« J'ai commencé par fumer des brunes, des Gauloises...(rire) » « J'ai roulé mes cigarettes. » « Pendant pas mal d'années, j'ai fumé régulièrement la pipe. »

On est tenté de penser que les cigarettes brunes, les tabacs à rouler, sont plutôt des pratiques tabagiques réservées aux hommes détenteurs de la puissance sexuelle, alors que fumer des cigarettes blondes, cela renvoie plutôt à une image plus féminine (« Puis après, je suis passée à la cigarette, car dans le milieu professionnel, c'est pas très bien vu, mais moi par goût, je préférerais. » Elle préférerait donc, si on écoute le discours latent, s'en tenir à la pipe. Pour elle, avoir une cigarette aux lèvres ou un pénis, c'est l'équivalent symbolique d'un fantasme de fellation. Ceci laisserait à nouveau penser qu'en fumant, elle a choisi son père comme modèle identificatoire.

La cigarette joue un rôle d'appoint dans les situations évoquant une rivalité œdipienne, appoint rassurant par sa signification symbolique : posséder un objet phallique (doublement par la forme et par le feu) et les possibilités d'auto-érotisme qu'elle offre.

La façon de concevoir l'arrêt tabagique indique la continuation d'une préoccupation de rivalité. Arrêter de fumer, c'est renoncer à l'ajout-leur représentant la puissance phallique qu'on craint de ne pas avoir. On ne sait pas trop, si on va être capable de tenir bon (« Je ne sais pas si à moyen terme, je serai capable de tenir bon. » Arrêter de fumer signifierait assumer pleinement sa sexualité féminine et son identité de mère (en faisant aussi bien que sa mère) avec tout ce que cela comporte de rivalité, sous le regard du père encore présent. (« A trente-cinq ans, il serait temps que je me débarrasse complètement de ça. Au niveau relationnel, les conflits sont complètement aplanis mais je sais que dans le fond, il reste des traces vachement importantes. »

Est-ce que la cigarette répète une période qui a laissé des cicatrices ou rejoue-t-elle une scène qui n'a jamais eu sa conclusion ? Il semble en tout cas, que cette femme soit parvenue à un certain équilibre. Elle a réussi à se marier et envisage d'avoir un enfant. L'activité tabagique témoigne activement, bien que de façon voilée et transposée, d'une fixation à la phase phallique qu'il lui faut dépasser.

### *Le sevrage tabagique*

Avec le protocole médical de la consultation d'aide au sevrage tabagique, le patch prescrit et les séances d'acupuncture, Madame N. nécessite un suivi sous la forme d'un soutien psychologique. En effet, elle a besoin d'être encouragée dans cette tentative, qui est plus motivée par la pression de son entourage familial, que par une décision personnelle. Et ceci, même s'il y a aussi, à court terme, un projet de grossesse. Elle a besoin d'être rassurée et d'être guidée vers le choix d'autres activités qui lui permettraient d'évacuer la tension, le stress, des situations et conflits personnels, qui l'amènent à fumer. Parmi les activités choisies, le travail semble être une nouvelle addiction dans laquelle elle va se réfugier pour l'aider à quitter son tabagisme. Très consciente de son addiction physiologique et psychologique au tabac, elle a décidé, en premier lieu, de suivre des séances de relaxation et/ou de sophrologie, qui lui apportent un mieux-être incontestable avant peut-être d'entreprendre un travail personnel sur la signification de son tabagisme et sur ses relations avec son père.

### *La personnalité de Madame N.*

Le Q.D.N. et le test de l'arbre renseignent le psychologue sur la personnalité de Madame N. et plus particulièrement sur sa *disposition narcissique*. Le total des scores au Q.D.N. indique une forte disposition narcissique. Les traits narcissiques suivants ont pu être repérés :

– L'*extraversion* (score : 14/15) : la jeune femme est très sociable dans les relations et apprécie la compagnie d'autres personnes. Elle se met en évidence, attire l'attention et sa façon d'être la met souvent au-devant de la scène. Elle s'adapte facilement à toutes les situations.

– L'*égocentrisme*, la *survalorisation de soi*, la *préoccupation de soi* (score : 13/15) : elle se considère comme une personne exceptionnelle.

Elle aime se regarder dans un miroir, attache une grande importance à son apparence extérieure (être belle et bien parée). Elle estime que ses aptitudes lui permettent de réussir tout ce qu'elle entreprend et pense qu'elle est aimée par la plupart des gens qui la connaissent et qui la trouvent sympathique.

– La *recherche de sensations* (score : 10/15) : elle aime parfois faire des activités quelques peu dangereuses. Cela l'ennuie un peu de voir toujours les mêmes figures. Elle a besoin de variété et d'expériences diverses. Elle déteste les activités routinières et répétitives.

– Le *sentiment d'avoir droit* (score : 10/15) : elle s'attend à bénéficier d'un traitement favorable et n'est satisfaite que lorsqu'elle obtient ce qu'elle mérite. Elle insiste pour obtenir le respect qui lui est dû, estime qu'on doit lui éviter d'attendre quand elle est pressée. Elle a le sentiment que les choses lui sont dues.

– La *fragilité de l'estime de soi* (score : 9/15) : madame N. manque de confiance en elle, a souvent le sentiment de faire quelque chose de mal et de travers. Elle pense n'être bonne à rien et a tendance à se sous-estimer. Elle est aussi facilement blessée dans ses sentiments.

– La *labilité affective, émotionnelle, l'ambivalence dans les réactions à l'égard d'autrui et à l'égard de soi* (score : 8/15) : elle éprouve de temps en temps de la haine ou de l'indifférence pour des personnes qu'elle aime habituellement, considère que quand elle se sent très heureuse, quelqu'un qui est démoralisé ou triste gâchera tout. Elle s'étonne d'être sans inquiétude quand tout va bien et pleine d'entrain sans raison spéciale, elle a une humeur fluctuante qui connaît des hauts et des bas.

– La *quête affective, relationnelle et sociale* (score : 8/15) : elle aime s'entourer de personnes qui lui font savoir qu'elles l'apprécient. Quand elle sort en public, elle aime que les gens la remarquent. Elle aime particulièrement être félicitée.

Les caractéristiques graphiques du tracé d'arbre de Madame N., que nous présentons ci-dessous, renvoient aux significations psychologiques relatives au tracé et mettent en évidence les traits narcissiques déjà repérés à partir du Q.D.N. :

– L'*égocentrisme*, la *survalorisation de soi*, la *préoccupation de soi* : arbre large et bien centré (position centre), large tronc avec des branches petites, frondaison fermée, équilibre du feuillage.

- La *fragilité de l'estime de soi* : feuillage sans direction nette, tronc élargi à la base, rectifications mal faites en tronc, base du tronc formant la base du sol, couronne fermée, racines à la bordure de la feuille comme support de l'arbre.
- La *labilité affective, émotionnelle, l'ambivalence dans les réactions à l'égard d'autrui et à l'égard de soi* : tronc plus grand que le feuillage, épaississements et rétrécissements des branches, rectifications mal faites en tronc, branches pointues.
- La *quête affective, relationnelle et sociale* : branches montantes, feuillage en arcades, tronc montant, arbre énorme, tronc assez large, racines plus petites que le tronc, tronc élargi à la base.
- La *recherche de sensations* : racines, tronc montant, tronc plus grand que le feuillage, rectifications mal faites en tronc, branches montantes, feuillage hauteur 4, feuillage largeur 4, feuillage fermé plein.
- L'*extraversion* : arbre grand, frondaison importante, épanouie, tronc large, couronne en boucles, en spirales, en arcades, branches montantes, mouvement centrifuge des branches.

La revue de questions centrée sur addiction et narcissisme, ainsi que la lecture clinique du cas présenté ci-dessus, montrent que les comportements subsumés sous le terme d'addiction doivent être situés dans une pathologie évoquant l'axe narcissique. Qu'il s'agisse de pharmacodépendances (aux produits licites ou illicites), d'alcoolisme, de tabagisme, de dépendances alimentaires ou d'autres dépendances, la clinique des conduites addictives nous ramène toujours à des carences narcissiques sérieuses et précoces entraînant des vécus dépressifs contre lesquels il s'agit de lutter, comme l'indique Bergeret, à la fois par le comportement et par le corps. Dans les conduites addictives, nous retrouvons des particularités de l'économie narcissique renvoyant très clairement à la tension intérieure, à la douleur physique, à l'angoisse devant le vide intérieur ; sentiments ravivés à l'approche de tout conflit ou de toute rupture. Cette faille narcissique, dont le rapport avec le procès d'identification et la relation doit être souligné, constitue le socle sur lequel viennent s'établir les conduites addictives, qui constituent un rempart contre la menace d'anéantissement ou le décalage avec les idéaux du Moi.

## Conclusions, intérêts du bilan psychologique

Actuellement plus d'un tiers des fumeurs souhaitent arrêter de fumer, mais la plupart échouent ou récidivent : contre leur propre volonté et malgré les risques connus, ils restent « accrochés » à la cigarette. La raison de cette situation, apparemment paradoxale, est l'existence chez nombre de fumeurs d'une véritable addiction, phénomène complexe avec une double dépendance psychologique et pharmacologique, dont la nature et l'intensité sont variables d'un fumeur à l'autre et qui vont orienter les protocoles thérapeutiques. Nous devons donc, devant tout fumeur, procéder à un entretien et à une évaluation de la dépendance psychologique et pharmacologique.

La *dépendance psychologique et comportementale* est constante. L'aide d'un psychologue est souvent nécessaire. L'utilisation d'échelles d'évaluation et de tests psychométriques précis, permet de mieux cerner la personnalité des fumeurs et de déceler les éventuelles carences narcissiques, entraînant des vécus dépressifs, une anxiété latente, tous facteurs importants dont il faut tenir compte dans le tabagisme.

La *dépendance pharmacologique* est très variable d'un cas à l'autre, pouvant être très faible ou très intense. Les fumeurs peu dépendants (score inférieur à 4 au test de Fagerström), s'arrêtent généralement seuls ou avec l'aide d'une bonne prise en charge psychologique. Pour les fumeurs moyennement dépendants (5-6), l'arrêt spontané est rare, la prise en charge psychologique et un suivi régulier s'imposent. Enfin, pour les sujets fortement (7-8) ou très fortement (9 à 11) dépendants, le sevrage est difficile et nécessite une aide médicale et une prise en charge psychologique pour avoir le plus de chances de succès. La prise en charge et le soutien psychologique sont toujours indispensables au cours du sevrage, complétés, suivant les résultats obtenus lors des tests, par diverses médications : sédatifs, anxiolytiques, antidépresseurs.

Le bilan psychologique devient donc éclairant pour comprendre l'addiction tabagique du sujet par rapport à son histoire personnelle, le vécu du tabagisme et expliquer sa signification. La démarche du psychologue consiste en une recherche d'une explication plausible des mécanismes psychologiques et comportementaux impliqués dans le maintien de la conduite tabagique qui l'amènerait à mettre à jour des variables impliquées tant dans l'acquisition que dans le maintien de cette conduite (variables de personnalité). Par une méthodologie

rigoureuse et fiable, il obtient un ensemble d'éléments pertinents qui viennent éclairer la personnalité du fumeur. La richesse de ces éléments permet ensuite au psychologue de contribuer à la construction d'un projet thérapeutique pertinent, adapté à chaque fumeur.

## Références

1. Abraham, K., (1925), Etude psychanalytique de la formation du caractère In *Oeuvres Complètes II*, 1966, T. LX, n°30, Paris, Payot, 2139-2143.
2. Bergeret J. (1990b), Les conduites addictives, approche clinique et thérapeutique. In J.L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson, 3-9.
3. Braunschweig, D., Fain, M. (1974), *La nuit et le jour*. Paris, Presses Universitaires de France, 1974.
4. Brusset, B. (1984), Anorexie mentale et toxicomanie, *Adolescence*, 2(2), 285-314.
5. Charles-Nicolas, A. (1981), Passion et ordalie. In *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris, Dunod., 63-74.
6. CHARLES-NICOLAS, A., VALLEUR, M., Les conduites ordaliques, in C. Olievenstein : La vie du toxicomane. Paris, Presses Universitaires de France, 1982, 82-99.
7. Charles-Nicolas, A. (1985), A propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose ? *Topique*, 35/36, 207-239.
8. De Castilla, D. (1994), *Le test de l'arbre. Relations humaines et problèmes actuels*. Paris, Masson.
9. D.S.M.-III-R. (1991), *Manuel diagnostique des troubles mentaux*. Paris, Masson.
10. Freud, S. (1897), *Naissance de la psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
11. Freud, S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1962.
12. Freud, S. (1929), *Malaise dans la civilisation*. Paris, Presses Universitaires de France, 1972.
13. Gutton, P. (1984), Pratiques de l'incorporation. *Adolescence*, 2(2), 315-338.
14. Jeammet, P. (1991), Addiction, dépendance, adolescence. Réflexions sur leurs liens. Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques.

- In J.L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson, 10-29.
15. Khantazian, E. (1981), Some treatment implications of ego and self disturbances in alcoholism. In M. H. Bean & N. E. Zinberg (eds), *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*, New York, The Free Press.
  16. Kernberg, O. (1980), *La personnalité narcissique*. Toulouse, Privat.
  17. Koch, K. (1978), *Le test de l'arbre. Le diagnostic psychologique par le dessin de l'arbre*. Bruxelles, Editest.
  18. Kohut, K., *Le soi. La psychanalyse des transferts narcissiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1974.
  19. Lewin, J. D. (1987), *Treatment of Alcoholism and Other Addictions: A Self-Psychology Approach*. New York, Aronson.
  20. McDougall, J. (1996), *Éros aux mille et un visages*, Gallimard, NRF, Paris.
  21. McDougall, J. (1982), *Théâtre du Je*. Paris, Gallimard.
  22. Pédinielli, J. L. (1985), Clinique des conduites addictives. *Psychologie Médicale*, 17(12), 1837-1839.
  23. Pédinielli, J. L. et al. (1987), Les pathologies addictives et le modèle de l'incorporation. *L'Information Psychiatrique*, 63(1), 27-32.
  24. Pédinielli, J. L. (1991), Statut clinique et épistémologique du concept d'addiction. In J.L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson, 43-53.
  25. Pédinielli, J. L. et al. (1997), *Psychopathologies des addictions*. Paris, Presses Universitaires de France.
  26. Raynaud, P. (1990), *Les toxicomanies*. Paris, Maloine.
  27. Stora, R. (1975), *Le test du dessin d'arbre*. Paris, Delarge.
  28. Stora, R. (1978), *Le test de l'arbre*. Paris, Presses Universitaires de France.
  29. U.S.D.H.H.S. (1988), *Nicotine addiction*. Rockville, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.
  30. Winnicott, D. W. (1969), L'angoisse associée à l'insécurité. In *De la psychiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

**Recherche réalisée sans intérêts partagés.**