

toxi[base]

revue
documentaire

toxiBase: réseau national
de documentation en
psychiatrie et en
pharmacodépendances
14, av. Berthelot 69007 Lyon, France.
tél 78 72 47 45
fax 72 72 93 44

2

Nouvelle série
2ème trimestre 1993

psychanalyse et toxicomanie

- dossier psychanalyse et toxicomanie P. 1
- sélection thématique P. 17
 - traitement
 - pathologie et psychopathologie
 - les produits et leurs effets
 - législation
 - marché de la drogue
 - prévention
 - sciences humaines et sociales
 - épidémiologie
 - toxicomanie et sida
 - santé publique
- informations générales P. 27
- actualités congrès P. 28
- actes P. 29
- fiche pratique P. 31

Psychanalyse et Toxicomanie

Janine PAGES-BERTHIER (*)

Face à l'indicible de l'expérience de la drogue, la psychanalyse est-elle en mesure de rendre compte de la toxicomanie ? D'autre part, comment est-il possible, comme analyste, de travailler avec des toxicomanes ?

"Pour nous, la seule référence solide est la psychanalyse" affirme Francisco Hugo FREDA¹ : "Les raisons en sont tout à fait précises, elles tiennent à la doctrine psychanalytique en tant que c'est la seule qui propose au monde une façon d'agir sur la jouissance d'une manière efficace". A l'inverse, Claude OLIEVENSTEIN ne craint pas d'énoncer : "Nous pensons que la psychanalyse, ou du moins l'appareil bureaucratique de la psychanalyse, ne comprend rien aux phénomènes (de toxicomanies)"².

La théorie analytique est-elle bien adéquate pour l'appréhension des phénomènes de pharmacodépendances ? Et surtout, quels sont les apports de la psychanalyse pour le traitement des toxicomanes aujourd'hui ?

Si l'on s'en tient à la théorie freudienne, la question de la toxicomanie en tant que telle est rarement abordée, sinon de manière épisodique et fragmentaire. Il en va de même pour la pensée de LACAN.

La pensée du toxique chez FREUD.

FREUD s'attache plutôt à rechercher l'origine de la dépendance humaine qu'il situe aux tous premiers stades de la vie psychique, avec la notion d'"Hilflosigkeit"³. Cet état de déréliction et de détresse extrême du nouveau-né radicalement dépendant fonde pour lui la condition humaine.

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, n'en sont que les substituts, les produits de remplacement"⁴.

On retrouve cette vision de l'addiction comme substitut érotique dans "L'étiologie sexuelle des névroses" (1898), où FREUD engage le thérapeute à se préoccuper de "la source d'où coule le besoin impératif de drogue".

De même, dans le lien figé qui unit le buveur à son vin, il n'y a pas de véritable accès à la sphère de la relation objectale, dynamisée par ses possibilités de satisfactions substitutives⁵.

Pourtant, FREUD estime le modèle des psychonévroses comparable à celui des toxicomanies : "Ce sont les intoxications et les phénomènes dus à l'abstinence de certains toxiques, chez les toxicomanes qui, parmi tous les tableaux cliniques que nous offre l'observation, se rapprochent le plus des vraies psychonévroses"⁶.

¹F.H. FREDA : "Qui vous l'a dit?", in la revue "Autrement" : "L'esprit des drogues", N°106, Avril 1989.

²C. OLIEVENSTEIN : "Toxicomanie et psychanalyse", in Bulletin de liaison du CNDT, 1989, 15, 105-107.

³Notion que les anglais traduisent par "Helplessness" et Jean LAPLANCHE par "désaide".

⁴Lettre à FLIESS du 22 déc. 97, in "Naissance de la psychanalyse", Paris, PUF, 1969.

⁵"Contributions à la psychologie de la vie amoureuse", 1910, in "La vie sexuelle", Paris, PUF, 1969.

⁶"Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)", 1905, in "Cinq psychanalyses", Paris, PUF, 1967.

Le toxique occupe une fonction économique de "Sorgenbrecher"⁷, ainsi que dans notre vie psychique, chacun de nous utilise constamment des méthodes d'évitement du déplaisir : 'il est regrettable que le côté toxique des processus psychiques se soit dérobé à l'investigation scientifique⁸.

De même, l'action des stupéfiants procure une jouissance immédiate ainsi qu'un degré d'indépendance à l'égard du monde extérieur : "on sait bien qu'à l'aide du briseur de soucis, l'on peut, à chaque instant, se soustraire au fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité"⁹.

Ce recours conscient à un régulateur thymique d'origine chimique, FREUD le connaît bien, pour avoir lui-même consommé de la cocaïne pendant toute une période de sa vie¹⁰. En 1883, en effet, FREUD entreprend l'étude du produit en l'expérimentant sur lui-même. Ses écrits sur la cocaïne resteront longtemps introuvables (en ce qui concerne les traductions anglaises et françaises). On peut noter à ce propos, l'absence de tout commentaire sur l'épisode cocaïne de FREUD jusqu'à une époque assez récente¹¹.

Les tendances addictives de FREUD, en tant qu'il symbolise ce "névrosé normal" dont il nous parle dans la "Psychologie de la vie amoureuse", posent, comme on le voit, une interrogation de fond sur le fonctionnement psychique de tout être humain dans son recours à des techniques défensives envisagées, elles-aussi, comme des "briseurs de soucis".

Les conceptions analytiques post-freudiennes de la toxicomanie;

Dès 1926, Sandor RADO¹² introduit la notion d'"orgasme pharmacogénique" dans le cas des morphinomanies, rappelant l'"orgasme alimentaire" du nourrisson au sein. Le recours au toxique représente alors un plaisir de type auto-érotique où l'oralité joue un rôle essentiel. En 1933, il regroupe les toxicomanies sous le concept de "pharmacothymies". Face à une dépression initiale, la drogue va servir de "bouclier contre la souffrance" et restituer au sujet sa toute-puissance narcissique originelle, d'où sa sensation d'invulnérabilité et d'immortalité.

A la même époque, G. SIMMEL voit essentiellement dans la toxicomanie une névrose narcissique, où le corps remplace l'appareil psychique, inutilisable par le sujet. D'où l'intensité des réactions somatiques au moment du sevrage chez les toxicomanes et l'utilisation de la drogue comme défense contre la mélancolie en tant que "manie artificielle". La prise du produit, identifié à l'urine et aux fécès, est reliée à une compulsion à boire quelque chose de dégoûtant. Dans cette régression narcissique mortifère, se produit alors une désinhibition pulsionnelle croissante où le toxicomane se retire dans un état prénatal évoquant la mort. Cette réalisation fantasmatique du désir de fusion extatique avec la mère semble ici s'opposer à l'auto-conservation.

Edward GLOVER note pourtant qu'une toxicomanie survenant sur un terrain dépressif peut se substituer à un suicide et être une sauvegarde contre celui-ci (1939). Dans cette optique, 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'auto-protection contre la menace de morcellement psychotique : "L'addiction agit comme protection contre une réaction psychotique dans les états de régression" (GLOVER,

⁷Le "briseur de soucis", in "Malaise dans la civilisation", 1929, Paris, PUF, 1972.

⁸"Malaise dans la civilisation", (op.cit.)

⁹"Malaise dans la civilisation", (op.cit.).

¹⁰cf. les articles de FREUD "De la coca" (1884) et "Cocaïnomanie et cocaïnophobie"(1887), in Sigmund FREUD, "De la cocaïne", (Ecrits réunis par Robert BYCK), Paris, PUF, Editions Complexe, 1976.

¹¹cf. Ali MAGOUDI in "Approche psychanalytique des toxicomanes", Paris PUF, "Le fil rouge", 1986. cf. également E. Vera OCAMPO : "L'envers de la toxicomanie, un idéal d'indépendance", Paris, Denoël, "l'Espace analytique", 1989 ainsi que F. GEBEROVICH : "FREUD, la cocaïne et la douleur", in "Une douleur irrésistible", Paris, InterEditions, 1984.

¹²Sandor RADO, "la psychanalyse des pharmacothymies", in : Revue Française de Psychanalyse, 1975, vol.39, N°4, 603-618.

1932)¹³. Dès cette époque, GLOVER représentait les addictions comme des états "borderline", en ce sens qu'ils ont "un pied dans les psychoses et l'autre dans les névroses"; Il notait cependant que ces états transitionnels (futurs "états-limites") se situent suffisamment du côté névrotique du développement pour préserver une relation adéquate à la réalité, malgré l'importance de la relation aux drogues, masquant le versant paranoïde.

Toujours dans la perspective Kleinienne, Herbert ROSENFELD pour sa part, liera étroitement toxicomanie et maladie maniaco-dépressive, reliant la manie à l'omnipotence destructrice et la toxicomanie à la dépression par l'identification à un objet malade ou mort¹⁴. Comme pour SIMMEL, la drogue symbolise alors un objet persécuteur pouvant être incorporé concrètement, ce qui symbolise une identification à des objets mauvais ou destructeurs. L'utilisation de drogues est vue comme un renforcement des défenses contre les angoisses persécutives et les pulsions sadiques. Néanmoins, cette manie pharmaco-toxique ne peut aider le sujet à retrouver la voie de la relation objectale puisque la drogue vient prendre la place de tous les objets.

De même, pour un auteur plus récent comme James GAMMIL¹⁵, l'importance du sadisme lié aux phases précoces du développement libidinal expliquerait l'installation de la toxicomanie. Partant de la théorie de Michel FAIN sur les "néo-besoins"¹⁶, J. GAMMIL évoque la tendance de ces sujets à utiliser des mécanismes schizoïdes où la chose doit remplacer totalement l'objet humain.

Dans cette pathologie de l'objet transitionnel où l'ersatz remplace l'objet humain au lieu de le symboliser, la drogue apparaît comme objet partiel pathologique, conférant au sujet un sentiment illusoire de toute puissance. "On peut définir la toxicomanie en termes de régression au stade primitif où les phénomènes transitionnels ne sont pas mis en question" affirme WINNICOT au cours de l'une de ses brèves allusions à la pharmacodépendance¹⁷. Cette stagnation à l'illusion primitive va engluer le sujet au 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 fondamental¹⁸ dans l'idéal du moi, l'estime de soi et le sentiment de l'identité personnelle.

Que le toxique ait valeur de bon ou de mauvais objet, qu'il soit faussement prétendu idéal ou persécuteur, ce qu'on peut retenir de ces analyses est le fait que les toxicomanies servent à protéger le sujet contre la dépression, voire contre la psychose et qu'elles ont une valeur défensive pour le moi.

Approches psychanalytiques actuelles

La question de la structure

¹³E. GLOVER, "on the aetiology of drug addiction", 1932, International Journal of Psychoanalysis, vol. 13, 298-328.

¹⁴Herbert ROSENFELD : "La toxicomanie" (1960), in "Etats psychotiques", Paris, PUF, "Le fil rouge", 1976. ROSENFELD part de l'hypothèse d'un moi faible chez le sujet dépendant, fixé à une phase infantile précoce, n'ayant pas la force d'assumer la position dépressive qu'il a malgré tout atteinte en partie (du point de vue étiologique, le toxicomane reste fixé à la position schizo-paranoïde de la perspective Kleinienne).

¹⁵James GAMMIL : "Narcissime, toute puissance et dépendance", in : "Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane", J. BERGERET et M. FAIN, Paris, Dunod, 1981.

¹⁶M. FAIN : "Approche métapsychologique du toxicomane", in : "Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane" (op.cit.). Ces néo-besoins, induits par la mère chez le bébé, contiennent l'illusion de l'aconflictualité, déniaient la castration. Sur ces besoins artificiels, rien ne va donc pouvoir s'étayer sur le plan libidinal. La privation de ces néo-besoins n'aboutira qu'à une excitation incapable de s'organiser au niveau pulsionnel.

¹⁷D.W. WINNICOT : "Objets transitionnels et phénomènes transitionnels - Une étude de la première possession non-moi" (1951) in : "De la pédiatrie à la psychanalyse", Paris, Payot, 1969.

¹⁸cf. M.BALINT : "Le défaut fondamental", Paris, Payot, 1971.

Le toxicomane existe-t-il ? Les psychanalystes actuels se trouvent divisés sur les réponses à apporter à cette question.

Pour Jean BERGERET, il n'existe aucun modèle de personnalité unique qui constituerait la personnalité toxicomaniaque. 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 : la dépressivité, les carences identificatoires et l'incapacité à gérer la violence naturelle qui, non élaborée, engendre le besoin de nuire aux autres et à soi-même¹⁹.

C'est dans ce sens que Markos ZAFIROPOULOS affirme : "Le toxicomane n'existe pas"²⁰, puisqu'il n'appartient à aucune catégorie psychiquement isolable. Cette classification a été opérée abusivement, de l'extérieur du champ de la clinique. M. ZAFIROPOULOS nous donne ainsi, à travers son expérience d'analyste, plusieurs cas cliniques extrêmement différents de toxicomanie venant se greffer sur une structure psychotique, sur une névrose hystérique et sur des aménagements pervers de type masochiste²¹.

C'est également la position de Sylvie LE POULICHET²² ou de Charles MELMAN²³.

D'autres auteurs, comme Philippe JEAMMET²⁴, insistent sur la dimension perverse de la conduite addictive, sans aller toutefois jusqu'à parler de perversion : ces modalités particulières d'aménagement de la relation objectale à des fins narcissiques constituent une variante d'aménagement pervers. Dans cette "néo-relation d'objet" qui s'instaure dans l'économie psychique, il manque la dimension sexuelle et le désaveu de la castration pour parler véritablement de perversion.

C'est pourtant ce que fait Francisco Hugo FREDA²⁵, qui voit dans le toxicomane la figure moderne de la perversion : le rapport sexuel est possible pour le toxicomane moyennant la drogue qui fonctionne à sa place comme l'objet fétiche du pervers.

Par delà ces traits communs rencontrés chez les toxicomanes, qu'ils soient de nature perverse, névrotique ou psychotique, n'y aurait-il pas un quatrième type d'organisation qui serait celui de personnalités toxicomanes ?

Pour Fernando GEBEROVICH²⁶, la toxicomanie n'est qu'une "perversion ratée", de même qu'elle représente une "fausse initiation". En revanche, 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.

Il y a en effet une originalité des phénomènes de toxicomanie que revendique Claude OLIEVENSTEIN : "L'originalité de la rencontre du produit et de la personne réside dans la cinétique de cette rencontre et surtout dans son intensité"²⁷.

¹⁹J. BERGERET : "Le psychanalyste devant le problème drogue" in : "Bulletin de liaison du CNDT", (op.cit.). cf. également "Toxicomanie et personnalité", Paris, PUF, "Que sais-je", 1982.

²⁰M. ZAFIROPOULOS : "Le toxicomane n'existe pas", Paris, Navarin Editeur, Analytica, Cahiers de recherche du champ freudien, 1988.

²¹Successivement le cas Kodjo, celui d'Isabelle, et ceux de Pascal et de Sébastien.

²²S. LE POULICHET : "Toxicomanies et psychanalyse - les narcoses du désir", Paris, PUF, 1987, et "La toxicomanie", Conférences 1988-1989 - inédit-, Séminaires psychanalytiques de Paris.

²³Ch. MELMAN : "Un héroïsme de masse", in revue "Autrement" : l'Esprit des drogues, N°106, Avril 1989 : "La toxicomanie peut survenir chez n'importe qui..." Position inverse à celle d'Hugo FREDA : "C'est le toxicomane qui fait la drogue" ("Qui vous l'a dit?", in "Autrement", op.cit.).

²⁴Ph. JEAMMET : "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, 1991).

²⁵F.H. FREDA : "IRS" in : "Actes des VIIIèmes Journées de Reims : Pour une clinique du toxicomane", Printemps 1990.

²⁶F. GEBEROVICH : "Une douleur irrésistible..." (op.cit.)

²⁷Cl. OLIEVENSTEIN : "Toxicomanie et Psychanalyse" in "Bulletin de liaison du CNDT", 1989, op.cit. Cf. également "Destin du toxicomane", Paris, Fayard, 1984, et l'analyse de la notion de Clinamen (empruntée à la philosophie de Lucrèce) : "Pas de clinique sans clinamen..."

Le toxicomane présente une partie malade et une partie non malade puisque chez lui, le stade du miroir, que Jacques LACAN instaure comme organisateur du Je, est en réalité un "stade du miroir brisé". Avec cette notion, C. OLIEVENSTEIN indique un dérapage chez le sujet dépendant au niveau de la genèse de l'identification. Par cette métaphore de la brisure du miroir²⁸, l'auteur explique que le sujet se découvre ainsi "autre", ce qui lui permet de rompre l'existence fusionnelle qu'il menait avec sa mère. Au moment où devait se constituer un moi différent du "Moi-fusionné-mère", tout se passe comme si, à cet instant, le miroir se brisait, renvoyant à la fois une image brisée et une incomplétude. OLIEVENSTEIN parle à ce propos de "narcissisme brisé". De ce double mouvement simultané de la reconnaissance et de la brisure va naître cette incertitude nosographique concernant la pathologie du sujet dépendant évoquée plus haut. Dans ce sujet "à la fois normal et à la fois psychotique"²⁹, on peut reconnaître les "états transitionnels" de GLOVER, futurs "états-limites", qui ont "un pied dans les psychoses et l'autre dans les névroses", précédemment évoqués³⁰.

Ces relations spécifiques existent non seulement entre l'usager et son produit, mais aussi entre celui-ci et sa famille.

Autonomisation, toxicomanie et familio-dépendance

Cette dépendance au toxique se retrouve en effet au niveau de la famille chez la plupart des toxicomanes. Le jeune sujet dépendant va entretenir avec ses parents des relations faites de complicités perverses, pérennisant le processus toxicomane. Cette complicité, souvent en contradiction avec les attitudes verbales, participera des injonctions contraires pratiquées dans ces familles³¹ dont l'homéostasie sera ainsi maintenue.

Toutefois, ainsi que le précisent Pierre et Sylvie ANGEL³², ces adolescents ne sont pas des victimes innocentes de parents pathogènes mais partie prenante d'un "consensus implicite" régulant le système familial. Seul garant de l'unité familiale, le jeune bouc émissaire va simuler un processus d'autonomisation, s'installant ainsi dans une véritable "familio-dépendance". Le jeune déviant va également permettre à ses parents d'assouvir par procuration leur secrète fascination 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.

Avec de tels modèles identificatoires, le processus d'intériorisation des images parentales ne pourra que comporter des failles plus ou moins profondes.

Les failles du narcissisme et la faillite du processus d'introjection : conduites addictives ou toxicomanie ?

Reprenant les théories de Heinz KOHUT³³ sur les perturbations précoces de la relation au "soi-objet", Joyce MACDOUGALL insiste sur l'impossibilité d'identification à une mère interne protectrice³⁴. Le défaut de représentation internalisée d'une instance maternelle rassurante et calmante entraînera le besoin de l'objet addictif, jouant le rôle d'objet interne sécurisant.

²⁸C. OLIEVENSTEIN: "La vie du toxicomane", Paris PUF, "Nodules", 1982.

²⁹ibid.

³⁰E. GLOVER : "On the aetiology of drug addiction" (op.cit.).

³¹cf. G. BATESON et la théorie de la double contrainte (double bind) in : Watzlawick et coll. : "Une logique de la communication", Paris, Seuil, 1967.

³²P. et S. ANGEL : "Familles et toxicomanies", Paris, Editions Universitaires, 1989. Cf. également A. CHARLES-NICOLAS : "Enfance de toxicomanes", Ann. Med. Psych., 1989, 147, (2), 241-244.

³³H. KOHUT : "Le soi", PUF, le Fil Rouge, Paris, 1974.

³⁴J. Mac DOUGALL : "Théâtres du Je", Paris, Gallimard, 1982, et "Théâtres du corps", Paris, Gallimard, 1989.

C'est dans cette même optique qu'il faut envisager "l'illusion du plaisir primitif", concept-clé de Jean BERGERET : retrouvant l'état de l'enfant dans le ventre de sa mère, le sujet dépendant prévient par sa toxicomanie un effondrement dépressif.

Ces carences de l'intériorisation dans les conduites addictives se retrouvent également dans les comportements de type anorexie-boulimie. B. BRUSSET³⁵ y voit une dimension de sauvegarde narcissique paradoxale visant à restaurer l'intégrité de soi, tout en cherchant à détruire le corps comme objet.

A partir des travaux de N. ABRAHAM et M. TOROK³⁶ qui voient dans le fantasme d'incorporation un substitut du processus d'introjection, Ph. GUTTON a eu l'idée de regrouper ces tentatives frénétiques et compulsives sous le terme de "pratiques de l'incorporation"³⁷. Cette "incorporation identifiante" a une fonction de mise en scène rétroactive, concrétisant un "secret". On rejoint là les "loyautés familiales" développées par P. et S. ANGEL, ainsi que la notion de crypte (M. TOROK et N. ABRAHAM), installée à l'intérieur du sujet à la suite d'un deuil inavouable, se substituant à l'introjection impraticable.

A travers ces analyses portant sur la pathologie de l'axe narcissique, envisagée dans ses rapports avec la dépression, apparaît un modèle psychanalytique de l'addiction qui ne va pas sans poser des difficultés théoriques³⁸.

Couramment employé en France depuis son introduction en 1945 par FENICHEL, le terme d'addiction vient des pays anglo-saxons³⁹. Certains lui ont préféré le terme d'"assuétude"⁴⁰. Mais le modèle de PEELE ne se réfère pas à la psychanalyse et à l'hypothèse d'un inconscient. Il a le mérite néanmoins de mettre l'accent sur la notion d'expérience à laquelle le sujet se trouve addicté plutôt qu'au produit lui-même.

La difficulté théorico-clinique majeure de ces approches réside dans le fait qu'elles n'instaurent pas de démarcation qualitative entre conduites addictives et toxicomanie véritable. Or, du côté de la clinique, on repère pourtant une nette spécificité du phénomène toxicomanie, maintes fois décrite⁴¹. Les tentatives de recherche d'une sémiologie particulière de l'addiction ont pourtant l'avantage de fournir un modèle d'interprétation de ces conduites, notamment avec la notion de surinvestissement du corps souffrant, particulièrement prégnant chez Piera AULAGNIER⁴², pour qui l'éprouvé de souffrance devient le garant de la réalité chez ces sujets.

La souffrance comme preuve

A travers l'hétérogénéité des pathologies addictives⁴³, Piera AULAGNIER repère une même souffrance compulsive accompagnant l'aliénation de l'activité de pensée. Le corps va prendre alors une fonction essentielle, en tant que lieu et possibilité de souffrance. Dans cette relation

³⁵B. BRUSSET : "Anorexie mentale et toxicomanie", in : Adolescence, 2-2, 285-314, 1984.

³⁶M. TOROK et N. ABRAHAM : "L'écorce et le noyau", Paris, Aubier-Montaigne, 1971.

³⁷Ph. GUTTON : "Les pratiques de l'incorporation", in Adolescence, 1984, (op.cit.). Ces pratiques englobent les tentatives de suicide, les auto-mutilations, la prise de drogues (tout ce qui relève de l'introduction d'un objet dans le corps).

³⁸Cf. J.L. PEDINIELLI : "Statut clinique et épistémologique du concept d'addiction - Intérêts et limites", in : Les nouvelles addictions, J.L. VENISSE, Paris, Masson, 1991

³⁹"Ad-dictus" (dit à ...), ainsi désignait-on les esclaves pour dettes à Rome. Cette contrainte par corps infligée aux débiteurs, évoque bien le statut du sujet dépendant assujéti aux impératifs des processus primaires.

⁴⁰cf. "L'expérience de l'assuétude" de Stanton Peele, Université de Montréal, traduction de Louise NADEAU, 1989.

⁴¹cf. notamment : "La clinique du toxicomane" de Cl. OLIEVENSTEIN, M. VALLEUR, B. GERAUD et coll., Paris, Editions Universitaires, 1987.

⁴²P. AULAGNIER : "Les destins du plaisir", Paris, PUF, Le Fil Rouge, 1979 et "La souffrance comme preuve" in : Cahiers de l'Institut Univ. des Sciences Psych.Soc. et Neurobiol., N°8, Bobigny, 1981, p. 67-78.

⁴³caractérisant ce que P. AULAGNIER nomme "la relation passionnelle", portant sur la drogue, le jeu ou le corps de l'autre.

passionnelle et aliénante entre le sujet et l'objet drogue, le plaisir est devenu un besoin, transformant l'activité de pensée en "sensorialité pensée" ou "sensorialité supposée pensante". La dépendance, l'asservissement à l'objet extérieur, va tôt ou tard engendrer une prévalence de l'éprouvé de souffrance auquel le sujet va s'accrocher de façon compulsive. L'abstinence, avec le retour de la douleur, va entraîner une réapparition des limites corporelles, aigusant la perception de la réalité, la souffrance constituant ainsi une preuve de son existence.

Bon nombre de cliniciens voient même dans le processus toxicomane une dimension auto-thérapeutique.

L'opération du "Pharmakon"

Dans son ouvrage "Toxicomanie et psychanalyse" (op. cit.), S. LE POULICHET envisage le recours au toxique en tant que dispositif d'une auto-conservation paradoxale. Partant de l'ambiguïté du "pharmakon" (à la fois psychotrope-remède et psychotrope-poison, qui engendre la toxicomanie), cet auteur souligne tout d'abord la croyance issue de la pharmacologie, en une toute-puissance du pharmakon-substance, traitant la psyché comme un organe. 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'auto-médication que de l'auto-destruction.

L'hypothèse ordalique

Les toxicomanies peuvent être vues en effet comme des tentatives de structuration, les voies du risque notamment aidant le sujet à intégrer le principe de réalité.

Partant de la métaphore de l'ordalie (ou jugement de Dieu), Marc VALLEUR et A. CHARLES-NICOLAS⁴⁴ regroupent sous le concept de "conduites ordaliques" les vécus de défi et de risque mortel, notamment à l'adolescence. En éprouvant cette mort et cette résurrection, le sujet réalise une sorte d'auto-engendrement et tente d'accéder ainsi à l'indépendance. A. CHARLES-NICOLAS fera même de l'héroïnomanie une stratégie contre la psychose⁴⁵.

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 Loi⁴⁶, 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.

A travers les conduites ordaliques, l'auto-destruction qui semble visée n'est qu'un leurre. La prise de risque mortel constitue pour le sujet dépendant un moyen paradoxal de se sentir vivant, par le biais d'une apparente recherche de la mort. La "défonce ascétique"⁴⁷ peut ainsi prendre des allures de quête mystique. La perte subie par le sujet lors de l'épreuve initiatique signe "l'impossibilité d'atteindre une complétude à jamais perdue, et ramène cette incomplétude à la castration"⁴⁸.

⁴⁴A. CHARLES-NICOLAS et M. VALLEUR : "Les conduites ordaliques", in : la vie du toxicomane (op. cit.).

⁴⁵A. CHARLES-NICOLAS : "A propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose ?" in : Topique, 1985, N°35-36, où l'ordalique "joue la mort contre la psychose".

⁴⁶M. VALLEUR "Hédonisme, ascèse, ordalie", in Clinique du toxicomane (op.cit.).

⁴⁷ibid.

⁴⁸ibid.

Le manque du 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"⁴⁹. C'est du manque du manque dont le sujet a peur, et le manque devient alors lui-même objet du désir : "Et c'est quant il est guéri du manque que le toxicomane rechute pour mieux le retrouver"⁵⁰?

Ainsi que J. LACAN l'indique : "la structure de départ de la relation objectale c'est le manque de l'objet"⁵¹. 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. 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'angoisse⁵². 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", ainsi que l'indique Bernard GERAUD⁵³..

Enjeux et difficultés théorico-cliniques

Toutes ces analyses rejoignent au fond le point de vue freudien qui envisage la drogue comme une "solution". Que fait le toxicomane quand il se drogue, sinon se soustraire aux aléas de la relation objectale par le détour d'une substance inerte, pseudo-objet comblant mais aussi, on l'a vu, suffisamment manquant...

L'ayant trouvé, quelle raison aurait-il de venir rencontrer le psychanalyste si rien ne vient faire symptôme pour lui, s'il n'éprouve donc aucun désir de savoir ?

Le symptôme et la demande

Que peut demander, en effet, quelqu'un qui sait, s'interroge Francisco Hugo FREDA⁵⁴ à partir du "Je suis toxicomane" si souvent entendu par le thérapeute. Cet énoncé barre tout d'abord l'accès au traitement puisqu'il cache le symptôme. Il faut donc que le toxicomane se trouve dans l'impossibilité de gérer sa consommation pour qu'il vienne consulter, il faut qu'il y ait malaise, quand, pour la première fois, "la simulation de la maîtrise à l'égard de l'objet commence à échouer"⁵⁵. En l'absence d'un tel vécu de malaise de la part du toxicomane, on peut s'interroger sur l'utilité d'une proposition thérapeutique quelconque, qui mettrait alors le soignant dans une position de demandeur.

Le concept même de "toxicomanie" est issu d'un découpage à l'intérieur du discours médical, dans une mise à l'écart du sujet lui-même⁵⁶.

Se pose alors la question paradoxale de l'abstinence requise de la part du "toxicomane" : faire taire son symptôme devient ainsi la condition préalable au traitement...⁵⁷ Quel type

⁴⁹C. OLIEVENSTEIN "La dépendance : un phénomène psychique actif" in : la clinique du toxicomane, (op.cit.). cf. également : "la souffrance du sujet désintoxiqué : "C'est du manque de dépendance dont souffre le sujet désintoxiqué".

⁵⁰ibid.

⁵¹J. LACAN : Séminaire : "la relation d'objet" (inédit), 5 Déc. 1956.

⁵²J. LACAN : Séminaire : "l'angoisse", Tome I (inédit), 1962-63.

⁵³B. GERAUD : "le manque", in la clinique du toxicomane, (op. cit.). cf. également, dans le même ouvrage, l'article de Patrick PETIT : "Toxicomanie et fonction paternelle". Cf. aussi François PERRIER : "La chaussée d'Antin", UGE 10/18, Paris, 1978-79.

⁵⁴F.H. FREDA, J.C. COQUS et J. REPELLIN : "Toxicomanie, toxicomane et sujet", in : Bulletin de liaison du CNDT (op. cit.).

⁵⁵ibid.

⁵⁶E. Vera OCAMPO : "Le sujet mis à l'écart", in : L'Envers de la toxicomanie - un idéal d'indépendance, Paris, Denoël, "L'Espace analytique", 1989.

d'accompagnement peut-on alors proposer, en l'absence de toute demande de sevrage et pourquoi, à la limite, devrait-il y avoir accompagnement ?

Pourtant, comme le reconnaît Charles MELMAN, une fois le transfert établi, il n'y a pas de cure possible en dehors d'une perspective de sevrage : que viendrait faire un sujet "défoncé" sur un divan ? A moins d'envisager cette situation comme un "acting" à l'intérieur du transfert⁵⁸. Mais qu'en est-il de l'élaboration transférentielle, eu égard à la problématique narcissique des toxicomanes ?

Transfert et problématique de l'objet

Tout objet constituant une effraction traumatique pour le sujet dépendant, ce dernier va être amené à se construire une carapace narcissique protectrice servant de "bouclier contre les coups venus de l'objet"⁵⁹. La problématique narcissique et relationnelle est tellement défailante qu'il va s'agir pour ces sujets d'opérer un surinvestissement du corps propre, l'objet extérieur étant d'emblée considéré comme trop frustrant⁶⁰. Le toxique lui-même n'a pu atteindre pour lui le statut d'objet, en tant qu'il n'est pas symbolisable puisqu'"il n'existe que dans le hic et nunc de l'intoxication"⁶¹.

Faut-il alors, comme le préconise F. GEBEROVICH⁶², avoir recours à des "prothèses de transfert", dans une mise en avant du désir de l'analyste ? Une telle offre de transfert ne risque-t-elle pas d'opérer un forçage amenant le patient à prendre la fuite ? Dès lors, propose Claude OLIEVENSTEIN, "il ne reste pas d'autre choix qu'un positionnement pervers du thérapeute : à le mettre à la place de cette poudre blanche et inerte (...) dans un mouvement où la cinétique de la relation et son atmosphère importent tout autant que le sens à décrypter"⁶³.

Il s'agit d'établir un "compromis avec la perversité"⁶⁴ en introduisant un tiers qui, peu à peu, prendra la place du produit. Cette "fonction perverse du thérapeute"⁶⁵ consistera à colmater les déchirures du sujet par le travail orthopédique de la thérapie, dans "une relation pervertie, très close, très proche, presque fusionnelle au début"⁶⁶. Dans cette optique d'une clinique de l'intensité, C. OLIEVENSTEIN limite l'intervention du thérapeute spécialisé à ce qu'il appelle des "thérapies transitionnelles"⁶⁷, permettant d'accéder au stade de la "démocratie psychique" autorisant le libre choix du sujet.

⁵⁷cf. Ch. MELMAN : "Un héroïsme de masse", in : Revue "Autrement": l'Esprit des drogues", N°106, Avril 1989, qui dénonce ce paradoxe : "Commencez par vous en sortir, vous ferez l'analyse ensuite".

⁵⁸J.F. SOLAL : "Jouissance de l'acte et clinique de l'entr'acte", in Revue Française de Psychanalyse, 1990, 1, 110-120.

⁵⁹André GREEN : "Narcissisme de vie, narcissisme de mort", Paris, Editions de Minuit, 1983. cf. également : "La folie privée", Paris, Gallimard, 1990.

⁶⁰Bien que ce repli auto-centré sur les sensations corporelles ne soit en fait pour Jean BERGERET qu'un auto-érotisme raté, masquant un "auto-thanatisme" plus profond - J. BERGERET : "toxicomanie, auto-érotisme et auto-thanatisme" in : Revue Française de Psychanalyse, 5-6, 1977.

⁶¹J.F. SOLAL, op.cit.

⁶²F. GEBEROVICH : "Abord psychanalytique de la toxicomanie : spécificité de la demande, spécificité de la réponse clinique", in : Actes des VIIIèmes Journées de Reims, "Pour une clinique du toxicomane", Cahiers de l'IRS, 2, Printemps 1990 : "Là où le névrosé installe une névrose de transfert, le toxicomane produit une prothèse de transfert".

⁶³C. OLIEVENSTEIN : "Toxicomanie et psychanalyse", in Bulletin CNDT, op. cit.

⁶⁴C. OLIEVENSTEIN : "La prise en charge des toxicomanes - une éthique pour une psychothérapie perverse" in Clinique du toxicomane (op. cit.)

⁶⁵ibid.

⁶⁶ibid.

⁶⁷C. OLIEVENSTEIN : "Place et objet des thérapies transitionnelles" in : Clinique du Toxicomane (op. cit.)

Nous sommes ici bien loin de l'orthodoxie freudienne⁶⁸ mais, comme l'indique GEBEROVICH, la spécificité de la demande requiert une spécificité de la réponse clinique...

Mais par ce transfert "sauvage", le thérapeute réussira-t-il à faire basculer le toxicomane de l'aspect "un" de la drogue à la dimension duelle ? N'y a-t-il pas pour lui le risque de se perdre à nouveau dans une fusion aliénante avec son thérapeute auquel il peut se trouver littéralement addicté ?

La prise en charge des toxicomanes, on le voit, est une entreprise périlleuse : "Il s'est avéré tout à fait regrettable que nombre de psychanalystes se soient réfugiés dans le confort de leurs cabinets et aient évité de s'aventurer auprès des toxicomanes de peur d'être mis en échec et de recevoir de mauvais coups au niveau de leur narcissisme" déclare à ce propos Jean BERGERET⁶⁹. Chez ces patients en effet, le primat de l'agir et l'inhibition du processus de mentalisation rendent précaire l'engagement thérapeutique.

La question de l'élaboration psychique et du recours à l'agir

"L'intoxication est un acte dont la fonction est de court-circuiter la mentalisation" affirme Christian SUEUR⁷⁰ qui, comme Piera AULAGNIER, met l'accent sur cette recherche active d'une extase sans mots. Cette suspension de l'élaboration psychique dans les conduites toxicomaniaques, cette abdication de la pensée, avaient déjà en effet été signalées par P. AULAGNIER⁷¹ : par la prise de toxiques, le sujet délègue à la sensorialité le pouvoir de lui donner des choses à penser. L'expérience toxicomaniaque apparaît là comme un renoncement à l'activité propre de pensée. La sensorialité devient pensée, la pensée devient objet de sensation, ce qui rend moins dangereuse l'activité d'investigation mentale. L'entreprise thérapeutique visera donc à permettre au sujet de s'approprier son histoire "par une lente et progressive intégration, de l'intérieur", ainsi que l'indique J.BERGERET⁷².

Face à ce que F. GEBEROVICH nomme "un sabotage de la pensée"⁷³, où la destruction de l'activité psychique semble être le but ultime de la défonce, le thérapeute peut tenter de s'instaurer comme "passeur" (Ch. SUEUR) du domaine de l'agir à celui du symbolique.

On mesure le risque d'échec d'une cure fondée sur la parole quand on connaît l'intensité du lien unissant le toxicomane au "flash" éblouissant de la poudre, en tant qu'il vient s'inscrire comme tenant-lieu de cet irréprésentable qu'est la douleur psychique : "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'irréprésentable appellent à un agir au lieu d'une représentation"⁷⁴. D'où le recours compulsif à l'intoxication, où le produit va procurer une jouissance qui ne nécessitera aucune activité fantasmatique.

Comment imaginer alors que la médiation du langage, en tant qu'il symbolise l'absence de l'objet, puisse venir un seul instant concurrencer cette transe indicible qu'a connue le toxicomane ? . Comment l'échange langagier peut-il lui apparaître autrement que comme dérisoire, face au souvenir de cette fusion extatique avec la poudre ?

⁶⁸cf. S. FREUD : "La dynamique du transfert", 1912, "Remémoration, répétition et élaboration", 1914, et "Observations sur l'amour de transfert", 1915, in : la technique psychanalytique, Paris, PUF, 1967.

⁶⁹J. BERGERET : "Le psychanalyste devant le problème drogue" (op. cit.)

⁷⁰Ch. SUEUR : "Un cas de toxicomanie opiacée dans ses rapports avec d'autres conduites addictives" Mémoire pour le CES de psychiatrie, sous la direction de J.F. SOLAL, Univ. Paris VI, Faculté de Médecine St Antoine, 1991.

⁷¹P. AULAGNIER : "Les destins du plaisir" (op.cit.). cf. également : "Un interprète en quête de sens", Paris, Ramsay, 1986.

⁷²J. BERGERET : "Ruptures, violence, toxicomanies" in : Adolescence, 1985.

⁷³F. GEBEROVICH : "Une douleur irrésistible - Sur la toxicomanie et la pulsion de mort", Paris, InterEditions, "L'analyse au singulier", 1984.

⁷⁴F. GEBEROVICH : "A propos de : une douleur irrésistible", (op. cit.)

A ce propos, on peut noter un désaccord entre les psychanalystes quant à la question de la jouissance du toxicomane.

La toxicomanie : jouissance ineffable ou barrière contre la jouissance

Dans la théorie lacanienne, l'accès à la jouissance étant barrée au sujet, on peut se demander si finalement, la drogue est une jouissance, au sens de celle du sujet de l'inconscient. Si l'on s'appuie sur ce paradoxe freudien qu'il est de la nature même de la pulsion de ne pas apporter de complète satisfaction⁷⁵, on ne peut que constater qu'"aucune nourriture ne satisfera jamais la pulsion orale", ainsi que l'indique LACAN⁷⁶.

A la question : à quoi sert la drogue au sujet ? on peut envisager sur un plan strictement négatif l'évitement de la douleur et de la frustration. Mais on doit également tenir compte de la recherche positive d'une intensité de sensations.

Est-ce à dire que le toxicomane obtienne cette jouissance mythique dont la parole ne saurait rendre compte ?

A ce propos, Eric LAURENT⁷⁷ rappelle que ce qui nous est insupportable chez l'autre, c'est l'idée d'une jouissance distincte de la nôtre, à laquelle il a accès. Cet insupportable de la jouissance de l'autre vient également du fait que le mode sur lequel cette jouissance s'exprime ne vient pas par la médiation du phallus, dans le cas de la drogue. E. LAURENT évoque la jouissance Une du toxicomane qui fait l'économie de la division des sexes, escamotant ainsi la castration.

Cette illusion d'une jouissance Une, en tant que "rapport à un autre sans faille" apparaît plutôt à Francisco Hugo FREDA comme une solution perverse dans la mesure où elle est une manière de vivre en se passant de l'autre sexe. Cette "recherche à tout prix d'une jouissance, unique, qui peut se passer de l'Autre", vise à effacer la différence des sexes, dans un déni évoquant celui du pervers⁷⁸.

D'autres psychanalystes, comme Charles MELMAN, énoncent que ce qui fait jouissance pour le toxicomane, c'est précisément le moment du manque : "Jouissance atroce, sans détumescence, sans paix retrouvée"⁷⁹.

Enfin, certains psychanalystes situent la drogue comme ce qui vient faire barrage à la jouissance⁸⁰. Dans cette perspective, le plaisir pris avec la drogue serait ce qui fait halte à la jouissance : "le plaisir est une barrière à la jouissance" affirme Patrick PETIT⁸¹. La toxicomanie aurait alors la fonction pacifiante d'une sorte de castration, dans une suspension du rapport du toxicomane à la jouissance. Cet effet de la drogue comme coupure réelle, en tant que porteuse de manque, viendrait rendre impossible la satisfaction du désir, à supposer que cela n'arrive jamais, -ce que le toxicomane, comme le névrosé, ne cesse de redouter- signifierait la fin,

⁷⁵S. FREUD : "Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse", 1912, in "Contributions à la psychologie de la vie amoureuse", "la vie sexuelle", Paris, PUF, 1969.

⁷⁶J. LACAN : Séminaire XI : "les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse", Paris, Seuil, 1964.

⁷⁷E. LAURENT : "Une jouissance unique", communication à l'Après-midi du Champ Freudien, Bruxelles, 10/12/88.

⁷⁸F. H. FREDA : "HF/T" in : "Actes des VIIèmes Journées de Reims", 1988, 179-187, et "IRS" in : "Actes des VIIIèmes Journées de Reims" (op.cit.)

⁷⁹Ch. MELMAN : "Un héroïsme populaire" in : le Trimestre Psychanalytique "Les toxicomanies", N°4, 1989, 87-102.

⁸⁰A. PANDOLFO : "Drogue et symptôme : préalable à une cure", Actes des 1ères Journées Belges "Pour une clinique du toxicomane", Bruxelles, 1989, 130-135.

⁸¹Patrick PETIT : "Le toxicomane entre plaisir et jouissance" in : La psychanalyse de l'enfant (Revue de l'Association Freudienne-Adolescences), Tome 2, 6.

l'abolition de tout le monde de la demande, de la parole elle-même"⁸². Aussi, "toute toxicomanie est un refus de jouissance. Entre lui et le désir de l'Autre, qui l'angoisse, le toxicomane interpose son corps anesthésié..."⁸³.

La conception lacanienne de la toxicomanie en tant que rupture avec la jouissance du corps en autarcie, est ici étendue à la jouissance interdite, ce domaine où "jamais personne, sauf exception, mais exception vraiment exceptionnelle, n'a mis les pieds"⁸⁴.

A travers cette pluralité de courants de pensée visant à rendre compte du vécu du toxicomane, la psychanalyse a-t-elle les moyens théoriques et techniques de proposer un traitement ?

Apports de la psychanalyse pour la prise en charge des toxicomanes : propositions thérapeutiques

Face à la certitude du toxicomane assurant savoir qui il est, il reste au psychanalyste une "opération clinique" à accomplir : "ne pas identifier le sujet à son comportement", préconise Francisco Hugo FREDA⁸⁵, qui ne va rien exiger du toxicomane, "hormis qu'il parle".

Néanmoins, eu égard au fonctionnement particulier du sujet dépendant, le psychanalyste devra souvent modifier sa technique quant à la conduite de la cure, notamment par rapport au silence du thérapeute, source d'angoisse mortifère : "Si l'on ne parle pas au toxicomane, on finit par lui interdire de jouer autour de sa demande première, prenant ainsi le risque de sa mort psychique"⁸⁶. Mais l'intrusion étant également insupportable pour le toxicomane, la parole de l'analyste sera davantage "une reformulation qu'une interprétation, visant essentiellement à préserver le sujet de l'angoisse"⁸⁷. Dans cette "confrontation à un tiers parlant"⁸⁸, l'espace thérapeutique ressemblera alors à "un lieu où l'on sous-titre, où les actes sont commentés en différé, à la recherche de leur sens caché"⁸⁹. Grâce à ce travail progressif, une "relation étayante, mais non comblante"⁹⁰ pourra s'établir.

J.F. SOLAL propose même d'entendre l'acting out du toxicomane comme l'acte moteur de la cure, au lieu d'y voir un obstacle⁹¹. L'espace de la cure est vu ici comme un espace de jeu, le thérapeute faisant comme si tous ces passages à l'acte lui étaient adressés, alors qu'au départ, la mise en acte du toxicomane n'a pas d'adresse, ne fait pas demande.

L'abord de la toxicomanie "exige donc des techniques psychothérapeutiques modifiées par rapport aux techniques classiques", reconnaît également Aimé CHARLES-NICOLAS⁹² qui propose d'utiliser trois ressorts pour la conduite du traitement : la prise en compte de l'histoire du sujet, le fait de favoriser ses émotions, ses sentiments, ses affects et la restauration de l'estime de soi. Il prévoit deux étapes au traitement : la psychothérapie de soutien et la

⁸²Patrick PETIT : "Toxicomanie et fonction paternelle" in : La clinique du toxicomane (op. cit.).

⁸³ibid.

⁸⁴ibid.

⁸⁵F.H. FREDA : "qui vous l'a dit ?" in : Autrement (op. cit.).

⁸⁶François POMMIER et Marie-José TABOADA : préliminaires à une prise en charge psychanalytique du toxicomane" in : Esquisses psychanalytiques, 1988, 9, Printemps, 79-72.

⁸⁷ibid.

⁸⁸Christian SUEUR : "Un cas de toxicomanie opiécée..." (op. cit.).

⁸⁹ibid.

⁹⁰ibid.

⁹¹J.F. SOLAL : "Jouissance de l'acte et clinique de l'entracte (un traitement possible du toxicomane)" in : Revue Française de Psychanalyse, 1990, I, 111-120.

⁹²A. CHARLES-NICOLAS : "La prise en charge au long cours des toxicomanes" in : Neuro-psychiatrie, 1988, (3), 125-133.

psychothérapie psychanalytique. La première étape visera à renforcer les défenses de la personnalité et à réduire l'anxiété, le thérapeute représentant d'abord la drogue, puis le moi auxiliaire du patient. On rejoint là la conception des thérapies transitionnelles imaginée par Claude OLIEVENSTEIN. A ce stade, il n'y a ni exploration de l'inconscient, ni analyse du transfert qui ne prendront leur place que dans la deuxième phase, avec la compréhension par le patient de ses mécanismes de défense. Néanmoins, seule une minorité d'ex-toxicomanes bénéficie de cette psychothérapie psychanalytique, ainsi qu'en convient Aimé CHARLES-NICOLAS.

Il s'agit donc d'associer plusieurs techniques thérapeutiques, sans négliger le rôle de l'accompagnement social, ni l'impact de l'intervention auprès des familles. A ce propos, A. CHARLES-NICOLAS précise la perspective dans laquelle il envisage ces entretiens avec les familles : "On se tourne bien souvent vers la famille du toxicomane pour y trouver les causes de la toxicomanie : c'est plutôt dans une perspective de mesures thérapeutiques à prendre qu'il faut l'aborder. Ni l'harmonie familiale, ni le retour au bercail ne sont des buts pour le thérapeute de toxicomane". Il s'agira surtout de favoriser l'évolution du jeune lui-même, en s'autorisant par exemple à intervenir auprès des parents à propos de certains éléments de réalité (argent, logement...).

C'est dans cette même perspective multi-référentielle que Jean-Louis BERATTO propose une stratégie de soins où le cadre institutionnel lui-même va constituer un étayage thérapeutique pour le sujet toxicomane⁹³. Assimilant l'espace de soins à la "fonction alpha" maternelle décrite par BION⁹⁴, il propose une première phase institutionnelle où "le soin institutionnel devient le pilier de l'élaboration relationnelle"⁹⁵. La répartition des investissements s'opérant envers l'ensemble des membres de l'équipe, la permanence du cadre de référence et de soutien pourra ainsi être maintenue pour le toxicomane. Dans le cas d'une évolution suffisamment favorable, pourront s'instaurer un temps et un espace de séances de psychothérapie "médiatisée par l'institution"⁹⁶, visant à réanimer le fonctionnement psychique du sujet toxicomane.

C'est dans cette optique que J.P. DEMANGE invite les psychanalystes à inventer de nouveaux dispositifs thérapeutiques suffisamment contenant et réellement innovants⁹⁷. Il les engage à manifester un esprit de liberté et de créativité, dans la lignée d'un FERENCZI, d'un BALINT ou d'un WINNICOT, qui ont contribué peut-être à ce que "le freudisme ne se transforme en un dogme, voire en une religion". Il préconise une "psychanalyse impliquée", qui sera opérante précisément en fonction de son inactualité car "c'est bien son caractère radicalement inactuel qui la rend pertinente d'une point de vue thérapeutique", l'inconscient étant par essence même le lieu et l'objet de l'inactuel⁹⁸.

S'il est vrai que de telles considérations nous éloignent considérablement de la cure type, "la psychanalyse peut jouer un rôle majeur dans la construction de tels dispositifs thérapeutiques. Cela présuppose néanmoins que les psychanalystes acceptent enfin de "se mouiller". C'est après tout ce que FREUD nous a appris à faire"⁹⁹.

A l'issue de ces réflexions, on peut se demander ce que la psychanalyse, "lieu par excellence d'où la toxicomanie peut être abordée et pensée"¹⁰⁰, vient apporter de spécifique aux toxicomanes, par rapport aux autres types de prise en charge.

⁹³J.L. BERATTO : "De l'espace de soins à la psychothérapie dans le cadre de la clinique des toxicomanes" in : Interventions, Septembre 1988, N°15 et 16.

⁹⁴cf. W.R. BION : "Reflexion faite", Paris, PUF, 1967, et "Recherche sur les petits groupes et autres articles", Paris, PUF, 1965, où la mère digère les "éléments bêta", inassimilables par la psyché de l'enfant, et les lui restitue sous la forme "d'éléments alpha".

⁹⁵J.L. BERATTO : "De l'espace de soins..." (op.cit.)

⁹⁶ibid.

⁹⁷J.P. DEMANGE : "De l'actualité de la toxicomanie à l'inactualité de la psychanalyse" in : Interventions, N°27, Déc. 1990.

⁹⁸ibid.

⁹⁹ibid.

¹⁰⁰F. GEBEROVICH : "A propos d'une douleur irrésistible" (op.cit.)

Si l'on en croit Francisco Hugo FREDA, cette spécificité se situerait plutôt du côté d'un nécessaire désillusionnement : "La psychanalyse propose au toxicomane le malheur de la division. Effectivement, tout toxicomane qui ne se soumet pas au traitement psychanalytique est un homme heureux. Sauf que de temps en temps, son bonheur se transforme soit en bêtise, soit en mort"¹⁰¹.

** Janine PAGES-BERTHIER, Psychologue clinicienne et responsable de formation
au Centre Médical MARMOTTAN, 17, rue d'Armaillé - 75017 PARIS.*

¹⁰¹F.H. FREDA : "I.R.S." (op. cit.).