

Cahiers du CEP n° 10



Centre d'Etudes Pathoanalytiques asbl
Rue Artan 50,
1030 Schaarbeek



Colloque de Gand
30/10/04 – 01/11/04
Être ou ne pas être szondien (pour) demain ...

COMPRÉHENSION DES TOXICOMANIES

DU DIAGNOSTIC STRUCTURAL AU DIAGNOSTIC PULSIONNEL.

**DE LA CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE À LA CLINIQUE
PHÉNOMÉNOLOGIQUE.**

Jean-François PASCUAL

COMPRÉHENSION DES TOXICOMANIES

DU DIAGNOSTIC STRUCTURAL AU DIAGNOSTIC PULSIONNEL.

DE LA CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE À LA CLINIQUE PHÉNOMÉNOLOGIQUE.

Jean-François PASCUAL

IDE LA NÉCESSITÉ D'UNE DÉLIMITATION CLAIRE DES PRATIQUES.

CONCEPT DE « LIMITATION EPISTEMOLOGIQUE »

Lorsque l'on parle d'alcoolisme ou de toxicomanie, il faut toujours savoir de quelle place on parle, c'est un peu partout pareil mais particulièrement vrai en matière de pharmacodépendance. En effet, l'une comme l'autre de ces soi-disant « pathologies » a un caractère tout à la fois extrêmement hétérogène, évanescent sur le plan des cliniques, et au fond extrêmement compact, unifié sur le plan ce coup-ci psychopathologique.

Tenter d'en définir le champ, confronte chacun au caractère extrêmement envahissant du phénomène toxicomaniaque englobant, au delà de la clinique qu'elle soit psychiatrique, somatique ou biologique, l'ensemble du fonctionnement de la collectivité humaine depuis sa dimension sociale jusqu'aux paramètres culturels de sa construction.

Aucune couche sociale, aucune tranche d'âge, aucune structure de personnalité n'échappe à ce phénomène singulier dont nous n'arrivons pas, malgré les efforts déployés dans de nombreux domaines, à comprendre le ressort. En effet, comment admettre ainsi que l'a formulé Michel Ribstein¹ que c'est au siècle de l'avancée la plus extrême des techniques médicales et du recul de la mort qu'apparaît et se développe une conduite dont la fonction pourrait-on dire, est, justement, de distribuer la mort par soi-même. Philippe Jeammet avait noté la même contradiction au sujet de l'anorexie mentale qui via la conceptualisation plus large de ce que l'on appelle les « addictions » présente de nombreuses analogies avec la toxicomanie. Je le cite : « Faut-il voir au travers des paradoxes de l'anorexie mentale le reflet des contradictions d'une société en changement ? Conduite de famine, elle ne touche que les sociétés d'abondance et les classes sociales les plus aisées ; conduite de refus de la sexualité et d'ascèse, elle va à rencontre de la libération des moeurs. » (1) On peut penser à partir de là que le phénomène d'auto-intoxication d'un sujet doit s'analyser dans le contexte d'une société qui s'est édifiée, a fructifié sur le socle des contradictions qui la constitue. Tout ce que l'on peut dire comme ça en guise d'introduction c'est que la toxicomanie dont le développement exponentiel s'effectue dans le contexte de l'inflation de la consommation dans nos sociétés pourrait bien se poser comme le paradigme de la société dite de consommation.

Donc, le phénomène de l'auto-intoxication et de la pharmacodépendance constitue une telle prise en masse d'un sujet, d'un moment et d'une culture pour reprendre C. Olievenstein qu'il paraît très important de savoir se définir dans ce contexte en tant que thérapeute du **sujet** toxicomane et surtout de savoir poser les limites de son champ d'intervention voire de son champ épistémologique.

Je vais donc essayer de définir la place d'une certaine médecine psychiatrique par rapport aux autres institutions partenaires.

¹ Michel Ribstein a été chef de service au centre hospitalier « La Colombière » à Montpellier et a consacré une bonne part de sa pratique à une conceptualisation de l'émergence moderne du phénomène toxicomaniaque

La place de laquelle je parle est celle d'un psychiatre praticien hospitalier à temps plein incluant sa pratique du soin aux toxicomanes dans le champ plus vaste de ce que l'on appelle la psychiatrie polyvalente.

Cette pratique comporte quelques spécificités dont l'aspect restrictif me paraît important à exposer en préalable au sens où elles définissent plus exactement les limites de mon champ donc de ma compétence.

1) En premier lieu, la position depuis laquelle s'élaborent les conceptions qui vont suivre sur la toxicomanie sont celles, je l'ai dit, d'un psychiatre. Cette place n'offre un accès qu'à une part extrêmement limitée de la population des toxicomanes : il s'agit de ceux qui ont reconnu que leur conduite posait problème et surtout qui ont reconnu pour eux-mêmes qu'il s'agissait d'un problème psychique. En effet, il existe une majorité de toxicomanes qui ignorent ou dénie cette dimension particulière et se maintiennent de ce fait en dehors du champ de la psychopathologie, de la psychologie ou de la psychiatrie.

A partir de ce constat, et en tentant de concevoir les choses dans leur globalité il est possible à première vue de définir trois domaines de contacts et d'interventions auprès des toxicomanes que l'on peut considérer comme situés en amont de l'action psychiatrique :

-il s'agit tout d'abord du domaine de **l'action sociale** qui va de l'action médico-sociale de ville aux différents services sociaux ministériels, régionaux et associatifs (SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation, Agences départementales des conseils généraux, ..etc.). Ce premier niveau d'action propose l'inscription ou la ré-inscription dans la collectivité de celui qui a été desinséré, marginalisé voire exclu du fait de sa pratique déviante. Pour beaucoup qui se considèrent « en fin de course », il s'agit là du fond : ce qu'ils appellent « la galère ». Il n'est pas là tant question du rapport au produit que de la renaissance sociale et matérielle. Il s'agit de pouvoir disposer tout simplement du RMI, de la CMU ou toute forme actuelle de couverture sociale, retrouver une carte d'identité ou de séjour, retrouver un appartement ou à défaut avoir une domiciliation. Nous comprenons au chapitre de l'action sociale, l'existence de foyers d'accueil d'urgence type CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) qui assurent un hébergement temporaire, ou de ce que l'on appelle les « boutiques » qui proposent un accueil de jour dont la seule prétention est d'accueillir le sujet sans aucune exigence soignante. Ainsi ce sont des lieux extérieurs au champ de la psychiatrie et de la psychologie mais où un début d'élaboration peut être effectué et à partir desquels une orientation peut être initiée.

- en second lieu se situe l'action des **médecins généralistes** de ville et des pharmaciens d'officine qui sont de plus en plus concernés par les attentes des toxicomanes surtout depuis l'institution des thérapies de substitution qui ont commencé à « seuil bas » par les codéïnes dont la distribution était libre auprès des pharmaciens sous la forme du Néocodion*, puis la prescription sauvage et expérimentale de sulfates de morphine (Skénan*, Moscontin*) et de la buprénorphine (Temgésic*) jusqu'à l'avènement en 1995 de la substitution par le Subutex* et, plus récemment pour les praticiens de ville, de la méthadone. Il est important de souligner ici le rôle fondamental de la contribution de la médecine somatique au traitement des toxicomanes par le biais de la prise en compte des co-morbidités tant hépato-gastro-entérologiques qu'hématologiques, neurologiques et urgentistes (HVB, HVC, HIV, pathologies infectieuses et neurologiques annexes, traitement en urgence des overdoses et des décompensations médicamenteuses). En fait, toutes les spécialités de la médecine et notamment de la médecine interne sont concernées par ce problème qui apparaît dans bien des circonstances comme prioritaire par rapport à la question de la relation au produit. Nous pouvons noter ici l'effort important effectué par ces différents praticiens de ville pour se fédérer et se constituer en réseaux ayant compris très vite que l'abord du toxicomane était difficilement conciliable dans le cadre d'une relation individuelle quelle qu'elle soit.

- en troisième lieu, nous citerons le **domaine judiciaire** qui intervient auprès de la population des toxicomanes à 3 niveaux :

> au niveau répressif, il est établi que l'échange, la détention (le recel) et la consommation de produits classés comme « stupéfiants » est sui generis, illégal. En conséquence, le commerce, la détention ou l'usage de ces produits fait l'objet de poursuites pouvant aller jusqu'à l'incarcération.

> depuis la loi du 31 décembre 1970, le législateur n'a pu se résoudre à réduire le consommateur d'un produit illicite à un simple délinquant. Il a donc choisi de distinguer dans la classe des receleurs et des utilisateurs, ceux qui se déterminent comme « malades de la drogue » : les toxicomanes et ceux qui n'en font qu'un usage commercial : les trafiquants. C'est tout l'esprit de

la loi qui prévoit la possibilité d'une « injonction thérapeutique » et qui prévoit de donner le choix au toxicomane de se déterminer comme malade et donc de se soigner ou de s'avouer comme délinquant et d'encourir la peine prévue pour détention et usage.

> enfin, la loi prévoit un stade post-judiciaire que l'on appelle I « obligation de soin. Dans le cadre d'obligation de soin, le soin c'est la peine.

Nous avons cité là hors le champ de la position du médecin psychiatre, trois regards, trois voies d'abord distinctes de la problématique et de la souffrance toxicomaniaques qui peuvent très bien s'articuler et se conjoindre moyennant le présupposé inter-institutionnel que la psychiatrie pourrait en être la dernière instance qui n'a d'ailleurs pas, il est important de le concevoir, un aboutissement obligé, chaque démarche pouvant en rester et se traiter dans le lieu où elle s'est initiée. Toujours est-il la réalité clinique nous incite à reconnaître que nous intervenons, en tant que psychiatres, en quatrième instance si je puis dire, soit en recevant des patients adressés par les instances sociales, soit en intervenant sur indication des médecins généralistes ou des pharmaciens, soit en nous constituant comme relais de la justice.

2) La seconde restriction que j'ai à apporter par rapport à ma fonction de psychiatre dans le cadre du soin aux toxicomanes réside dans le fait que je suis psychiatre de service public. J'exerce donc dans un établissement régit par la loi du 27 juin 1990 en tant qu'établissement agréé à hospitaliser les patients sous contrainte. On a beaucoup parlé de l'importance de l'auto-détermination du patient toxicomane dans l'engagement d'un projet de soin qui doit être décidé par lui et pour lui dans le cadre d'un contrat de contraintes (ce qui représente un pléonasme) librement consenti pour autant que nous arrivions à définir ce que peut vouloir dire là le libre consentement. Nous avons donc reçu nombre de toxicomanes en situation justement d'hospitalisation sous contrainte. L'expérience me fait dire que les résultats ne sont ni meilleurs ni pires en situation d'hospitalisation librement consentie ou sous contrainte. Beaucoup de démarches ont échoué en service libre, interrompues quelques jours après l'admission parce que la demande du patient ne correspondait pas à son désir. Ceci nous a fait penser qu'un toxicomane ou un alcoolique qui demande un soin, qu'il le formule ou non, qu'il en ait conscience ou non, **le fait toujours en situation d'injonction** qu'elle soit familiale, personnelle, professionnelle ou juridique. Inversement nous avons été surpris de constater que certaines démarches « aliénistes », je veux dire par là les hospitalisations forcées par la demande de la famille ou des autorités, n'ont pas moins de chance de succès que les autres **pour autant qu'il se passe quelque chose au cours du séjour**, quelque chose dont le patient puisse s'approprier tout ou partie. **Ceci m'incite à penser que les conditions ou, disons, plus largement, le contenant du soin s'estompe bien souvent, et souvent à notre insu, derrière les apparences d'un séjour hospitalier dont nous avons oublié que le patient pouvait s'approprier le contenu.** En terme de soin au toxicomane il me paraît plus important qu'ailleurs qu'il se passe quelque chose entre l'équipe soignante et le patient plutôt qu'un service soi-disant libre et qui en revient à un service « lisse » sans véritable contact soignant et qui signifie bien souvent l'évitement voire le rejet entre le patient et l'équipe soignante.

3) Enfin, et malgré quelques exceptions, le soin aux toxicomanes en milieu hospitalier public en France se fait majoritairement dans le cadre d'une **psychiatrie polyvalente**, je l'ai dit. Ceci veut dire que les cures de sevrages s'effectuent dans des pavillons de soin où résident des psychotiques régresses, des urgences de tout ordre et des pathologies dites « au long cours ». La question n'est pas résolue : faut-il consacrer des pavillons de soin spécifiques aux pathologies addictives ? L'avantage des pavillons spécialisés réside dans l'homogénéité de la pathologie et de la réponse soignante, le contre-point en est l'épuisement des équipes soignantes devant la constitution rapide de réseaux où la parole transgressée circule avec une vitesse et une intensité telles que le passage à l'acte est là, inexorable, résistante toute position soignante, entraînant des contre-attitudes qui sont elles-mêmes des passages à l'acte dont l'aboutissement est le rejet du patient et la rupture de la prise en charge. Le désavantage du mélange de population réside dans l'exposition des plus démunis à l'exploitation des plus pragmatiques et inversement dans l'isolement de chacun dans son propre discours qui aboutit bien

souvent à l'abandon par le sujet de son projet de soin par le constat ou la rationalisation qu' « il n'a rien à faire ici puisqu'il n'est pas malade mental ».

J'ai essayé de démontrer l'un des paramètres qui nous apparaît comme l'un des plus opérationnels de l'approche du problème de la toxicomanie : je veux dire : **la pluridisciplinarité**.

L'une des fonctions de la médecine psychiatrique dans ce contexte est **institutionnelle** : il faut pouvoir engendrer de **l'interdisciplinarité** c'est-à-dire du lien, de l'articulation entre les différents espaces pour autant qu'ils conservent leur identité et gardent leur spécificité conceptuelle, éthique et technique. C'est ce que Jean Oury appelle la fonction diacritique (2).

Cette étude a été élaborée dans le cadre d'un essai de définition de l'espace psychopathologique, toujours évidemment conçu comme la partie d'un tout, mais une partie que nous considérons comme fédératrice ou, disons, germinative.

II. LES PERSONNALITES DU TOXICOMANE.

LA DISPERSION NOSOLOGIQUE DU PHENOMENE D'AUTO-INTOXICATION ET LE MODELE D'INVERSION EPISTEMOLOGIQUE.

Lorsque l'on prétend en tant que médecin ou psychologue, soigner une soi-disant « pathologie » il est nécessaire voire initial de s'assurer préalablement du fait que ce dont on s'occupe là correspond bien à une pathologie telle que la médecine ou la psychologie nous ont appris à définir.

Ici, la communauté scientifique est en quelque sorte divisée : il y a ceux qui considèrent la toxicomanie comme hors du champ de la médecine consacrant leur science au traitement des comorbidités et il y a ceux qui considèrent ce comportement déviant comme une pathologie, une maladie proche de ce que les psychiatres appellent une « aliénation ».

Dans cette division et sous un angle purement pasteurien il faut bien admettre qu'aucun n'a tort ou raison fondamentalement. Le problème nécessite d'être abordé d'une manière différente parce que l'épistémologie est ici déplacée dans le sens d'une inversion. C'est ce que nous allons essayer de démontrer.

LE SUJET TOXICOMANE

◁ Je poserai la question dans les termes suivants :

S'auto-intoxiquer entraîne des maladies graves.

Dans le cas de l'alcool, il s'agit d'hépatites, de pancréatites, de cirrhose, d'hépatocarcinome avec les conséquences que nous connaissons. Du point de vue neurologique, ce sont les polynévrites, névrite optique rétrobulbaire, atrophie cérébelleuse et différentes formes de comitialité... etc.

Dans le cas de la toxicomanie par voie intraveineuse, ou même par sniff qui présente malgré une pensée communément admise les mêmes risques (3), il s'agit, outre le risque de la survenue de l'hépatite C ou du risque VIH que tout le monde connaît, de nombreuses pathologies collatérales que sont les pathologies infectieuses : infections cutanées au point d'injection, veinites, lymphangites, infections pulmonaires, endocardites, embolies pulmonaires. Il s'agit également de risque de nécrose cutanée liée à l'intoxication par la cocaïne en raison de son intense action vasoconstrictrice ainsi que de cas de toxicité cardiaque avec trouble du rythme, poussée hypertensive, vasoconstriction locale des artères coronaires et comitialité par embrasement (kindling) liée à l'abaissement des seuils d'excitation synaptique (4).

Chacune de ces maladies est clairement authentifiée et peut être soignée pour son propre compte dans la spécialité médicale de l'appareil concerné.

S'auto-intoxiquer est donc générateur de maladies. **Mais est-ce que le fait même de s'auto-intoxiquer correspond à une maladie quelconque ?**

C'est à partir de cette question problématique qu'émerge la nécessité de la prise en compte de la **dimension psychique** dans l'analyse de cette conduite. C'est-à-dire que nous pouvons poser là que cette question appartient à la psychopathologie. Nous partirons de ce constat.

Vu depuis le champ de la psychologie, si l'acte d'auto-intoxication est admis comme un acte pathologique, peut-on pour autant l'assimiler à une pathologie authentifiée ?

Cette question est renforcée par l'observation quotidienne de demandes de soin émanant de toxicomanes qui ne sont porteurs d'aucune pathologie annexe. Il est donc nécessaire de définir d'un point de vue psychopathologique, ce que nous soignons là.

◇ A partir de ce questionnement que je qualifierais d'épistémologique, on peut partir dans deux directions :

- La première voie d'abord est d'ordre structuraliste et réside dans la question de savoir si le sujet toxicomane est structuré de manière spécifique c'est-à-dire s'il existe une structure toxicomaniaque comme il existe une structure névrotique, psychotique ou perverse, une structure (la quatrième structure dirons-nous) que nous n'aurions pas encore réussi à isoler dans le champ de la nosographie parce que notre outil clinique n'est pas adapté à ces pathologies nouvelles. Bleuler a conceptualisé la « spaltung » en isolant la catégorie des schizophrénies, Freud a isolé entre autre le mécanisme de la « verdrangung » structurant le champ de l'hystérie. Mais avant Bleuler, il y avait des schizophrènes et avant Freud, il y avait des hystériques. La culture ambiante leur réservait une autre analyse et un autre traitement (5)(6). L'histoire de la psychiatrie contient donc que ces pathologies pré-existaient avant même leur conceptualisation qui seule leur a donné corps et consistance. Suivant cette analyse, ne pourrions-nous pas imaginer que la toxicomanie, concept en déserrance, le serait parce qu'il n'a pas encore trouvé son concepteur ? C'est une première question à laquelle nous allons essayer de répondre.

- La seconde question est plus méthodologique et consiste en une exploration de notre champ nosographique : existe-t-il une structure psychique spécifique, connue, reconnue et individualisée qui prédisposerait à une organisation de type toxicomaniaque ?

A la première question je proposerais un tour d'horizon du champ de la maladie mentale pour essayer d'y individualiser la toxicomanie.

La seconde question me paraît abordée de manière particulièrement pertinente par un auteur comme A.Braconnier (7).

I) Dans un premier lieu donc, nous posons la question de savoir si la toxicomanie peut se faire une place spécifique dans le champ de la nosographie psychiatrique ainsi que dans le champ déjà très construit de la structure du sujet. Autrement dit, l'acte d'auto-intoxication a-t-il une quelconque consistance clinique voire une autonomie structurale ? De nombreux auteurs se sont posé la question et force est de reconnaître que la moindre tentative de synthèse des différents travaux est assez édifiante.

§ Pour certains auteurs, la toxicomanie en tant que conduite d'auto-intoxication, appartient au champ des perversions. C'est Freud qui a inauguré cette réflexion dès 1900 lors de la rédaction de « L'interprétation des rêves » (8) et 1905 dans les « Trois essais sur la théorie sexuelle »(9) - écrit visionnaire qui n'a pu être entendu et diffusé que 15 ans après sa présentation. Pour Freud, la perversion correspond à « un détournement de la pulsion de son but naturel qui devrait être l'autre pour l'investissement d'un objet inerte, sans parole, sans discours, en vue de l'obtention d'un plaisir auto-érotique » (10). Il s'agit en fait de la première définition de ce que l'on a appelé à partir de là, le fétichisme qui est l'un des effets de ce que l'auteur avait isolé comme le processus psychique du déni dès 1924 et qui a trouvé son exposé le plus achevé dans son abrégé de psychanalyse sous le terme de « verleugnung » (11) : au lieu d'investir le partenaire pour partager le plaisir dans ce que l'on pourrait appeler une « communion pulsionnelle », le sujet se saisit d'un objet inerte qui le renvoie à la totalité

de son champ de représentation (12). Il se retrouve ainsi dans ce que W. Wittgenstein avait appelé la tautologie en tant que proposition complexe restant vraie en vertu de sa forme seule quelle que soit la valeur de vérité des propositions qui la composent (13).

Il faut remarquer que la toxicomanie, ça fonctionne exactement comme ça : en effet, le toxicomane investit l'héroïne en tant qu'objet inerte, muet et immobilisateur de soi en ce sens que son effet est d'altérer la conscience, organe des sens du contact avec ce monde extérieur singulier qu'est l'autre ; il le fait en vue de se retourner sur la perception tautologique de lui-même. C'est exactement ce que l'on appelle un rapport auto-érotique au sens de prendre du plaisir par soi-même sans l'intercession de l'autre. C'est masturbatoire. Il faut noter au demeurant, que dans la même étude, Freud a associé masturbation et toxicomanie : la masturbation pour lui c'est « *ursucht* », c'est la toxicomanie originaire : « J'en suis venu à croire, dit-il, que la masturbation est la seule grande habitude, la « toxicomanie originaire » (« *Ursucht* ») et que les autres toxicomanies (« *Suchten* ») concernant l'alcool, la morphine et le tabac, n'en sont que des substituts, les produits de remplacement »(14).

Je remarquerai toutefois ici, une distinction importante entre la masturbation de l'adolescent et la recherche auto-érotique du toxicomane au sens où la masturbation ne se soutient que d'images et de scènes empruntées au spectacle du monde donc empruntées à l'autre et ayant colonisé l'imaginaire du sujet tandis que l'auto-érotisme du toxicomane ne se tient de rien d'autre que de soi. C'est dénué de toute représentation imaginaire. A la limite, on pourrait dire qu'il s'agit là d'une expérience pré-spéculaire, expérience non auto-érotique mais, au sens de Minkowski, véritablement autistique qui pourrait correspondre selon l'auteur à un « auto-érotisme » auquel on aurait soustrait le signifiant « *eros* » : autisme.

Pour ce premier terme de la délimitation nosologique du sujet toxicomane, nous sommes donc là dans le champ de la perversion mais au sens purement mécanique et non forcément structural du terme. De manière plus « moderne » appelons cela, une conduite déviante.

§ Pour d'autres auteurs dont Freud, encore lui mais ailleurs, dans un texte datant de 1920 intitulé : « Au delà du principe de plaisir »(15), la tendance à répéter des prises de produit est issue d'une **force interne contraignante**, en allemand : « **zwang** ». Il s'agit là d'une force intérieure qui contraint le sujet, **à son corps défendant** à la répétition incoercible d'une expérience dont il est l'acteur, dont le projet réside dans l'attribution du plaisir mais qui contient malgré les apparences, l'angoisse et le déplaisir. Ceci parce que, au sens psychanalytique du terme, ce qui est du plaisir pour un système est du déplaisir pour l'autre. Ce mécanisme particulier a été décrit comme appartenant au mécanisme de défense de la névrose obsessionnelle. Nous pouvons relever ici encore le lien qui existe indiscutablement avec ce qui pourrait sous-tendre l'expérience toxicomaniaque en ce qu'elle recèle un plaisir immédiat qui implique le sujet dans l'angoisse de sa destruction.

Selon cette théorisation, le toxicomane serait assimilé à un sujet structuré sur le mode **névrotique obsessionnel** et sa conduite pourrait en apparaître comme le symptôme cardinal : **la compulsion de répétition**.

§ Pour d'autres auteurs, dont Freud toujours, la conduite s'apparente à un symptôme authentique tel qu'il le décrit dans l'« Interprétation des rêves » (16).

Un symptôme, c'est un acte ou un état qui réalise à la fois un désir inconscient et un désir préconscient ou conscient. Ici, l'acte c'est l'auto-intoxication et l'état c'est l'état sous produit. La réalisation du désir inconscient réside dans ce que nous pouvons appeler l'accès à la totalité au sens de l'exhaustion de l'oralité qui est la première régression imaginaire, la plus archaïque. La réalisation conjointe du désir préconscient réside elle, dans l'auto-punition, consubstantielle à cette ambition hédonistique démesurée. Cette auto-punition trouvera son scénario dans la dégradation de l'image de soi, la perte de la capacité à capter l'autre, le spectre de la déchéance, de la maladie et de la mort dans le rejet du groupe.

Nosologiquement et selon cette analyse, le toxicomane appartient en tant que la toxicomanie est son symptôme, au groupe de la **névrose hystérique**.

§ D'autres analyses encore tendent à faire apparaître l'état sous drogue comme procédant d'une régression encore plus archaïque qui positionnerait le sujet en deçà du champ du représentable c'est-à-dire dans le champ pré-spéculaire, nous l'avons déjà évoqué au sujet de ce qui distingue d'un point de vue phénoménologique l'auto-érotisme de l'autisme tel que l'a analysé Eugène Minkowski.

En effet, la jouissance du toxicomane procède d'un plaisir qui ne se soutient d'aucune représentation, ce qui le distingue fondamentalement, on l'a vu, du plaisir masturbatoire. Ceci constitue le fond du rapport critique que nous faisons à Freud dont la thèse citée en référence nous apparaît exacte mais incomplète du point de vue psychopathologique.

Si nous accédons l'hypothèse selon laquelle l'état sous produit correspond à une régression pré-spéculaire, nous accédons l'hypothèse selon laquelle la toxicomanie pourrait être le symptôme ou, **la suppléance** pour parler en termes lacaniens, de certains sujets structurés sur le mode **psychotique** (17).

§ Par ailleurs encore, on note comme une contradiction aux tentatives de théorisation structurale, une hypothèse psychopathologique fondée sur l'assimilation de la toxicomanie à un trouble de l'humeur. C'est une première avancée. En effet, de nombreux auteurs ont relevé l'alternance de phases d'élévation sous drogue, de phases dépressives et anxieuses en l'absence de produit, et d'évolutions dépressives chez les toxicomanes au long cours. Selon Akiskal (18) : « Une réelle interaction *existe*² chez un certain nombre de sujets entre l'état anxieux, l'état dépressif et l'utilisation d'alcool ou de drogue ». Relevons simplement pour le moment les corrélations indiscutables entre toxicomanie et ce que Braconnier avait qualifié de « **menace dépressive** ».

La toxicomanie serait alors selon ce modèle l'une des formes clinique des troubles de l'humeur.

§ Pour d'autres auteurs encore, dont Freud encore une fois mais aussi Bergeret, Flavigny ou M. Ribstein, la tendance à l'organisation pulsionnelle de type toxicomane serait l'un des produits ou l'un des substituts de la **crise existentielle** dont il nous appartient de définir les discriminants.

- Dès le début de sa recherche, en 1895, Freud va faire œuvre de nosographe : il redéfinira le champ de la neurasthénie de Beard et la séparer d'une entité nosographique qu'il créa alors : **la névrose d'angoisse**.

Dans le même temps il séparera ce qu'il appellera « **les névroses actuelles** » qui comportent : la neurasthénie, l'hypochondrie et la névrose d'angoisse, et « **les psychonévroses de défense** » qui contiennent : l'hystérie, la phobie et la névrose obsessionnelle tandis que la paranoïa est considérée comme une psychose de défense.

- Plus tard, vers 1908, les « **névroses actuelles** » sont baptisées « **névroses toxiques** » dans un texte intitulé « La morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes » (19).

- C'est en 1914, dans « Remémoration, répétition et perlaboration » qu'il passera de la névrose actuelle à la « névrose traumatique » avant de souder son modèle de la répétition traumatique dans son concept de « force interne contraignante » abordée au chapitre de la compulsion de répétition et qui représente une organisation qualifiable de défense névrotique.

Suivre l'évolution historique du concept de névrose d'angoisse est riche d'enseignement. Ce trajet nécessite que l'on s'arrête un instant sur le concept de « **traumatisme** » tel qu'on peut l'utiliser en psychologie et en particulier comme facteur générateur de la névrose actuelle comme produit de ce que nous appellerons la répétition traumatique.

A ce niveau, une définition du concept de répétition paraît indispensable. Cette définition est bipartite : il y a deux types de répétition dont la distinction est d'ordre structural.

² : Rajouté par moi

> La répétition liée au style est de l'ordre de l'aspect. Cette répétition procède du principe maldynéen de la consubstantialité de la permanence et de la transformance de soi. Elle procède du principe suivant : je n'arrête pas de faire des choses différentes et j'y suis toujours moi-même. Je ne sais pas ce qui va m'arriver ce soir, mais je sais que c'est à moi que ça va arriver. Quelque chose se répète indéfectiblement dans la diversité des actions dans lesquelles je m'engage. Cette chose qui se répète c'est moi que je reconnais parce qu'au travers de la disparité des expériences vécues, je m'y reconnais en tant qu'un et indivisible, témoin et acteur de l'expérience du monde. « Le monde réel, a écrit Edmund Husserl ne réside que dans la présomption constamment prescrite que l'expérience continuera toujours de se dérouler selon le même style constitutif ».

> Il est une autre forme de répétition qui est de l'ordre de ce que Freud avait décrit comme l'un des organisateurs de la « névrose actuelle », ce que nous appelons de nos jours la névrose post-traumatique. Il a exploré cette hypothèse dans deux ouvrages qui sont : « Trois essais sur la théorie sexuelle » (20) et « Inhibition, symptôme et angoisse » (21).

Il décrit là la répétition comme un mécanisme dont le projet est isomorphique. Ce projet est une antilogique du concept de projet au sens où c'est une fixation, on pourrait dire un arrêt sur l'image à partir d'un événement traumatique dont la répétition figera en quelque sorte l'avancée de soi dans l'existence au sens où quelque chose d'autre pourrait être transformateur de quoi que ce soit.

Le traumatisé crânien sortant d'une période de coma se remémore de manière traumatique l'instant où la continuité de son existence s'est fracturée. Cette continuité, et c'est le sens du symptôme post-traumatique, il faut la réinstaurer. Ce sera dans la répétition traumatique du moment de cette interruption, pour pouvoir simplement se saisir de l'occasion de la mentaliser.

Il en est de même du toxicomane qui répète indéfectiblement une expérience primitive : le premier shoot, et dont il n'attend d'elle qu'elle ne lui amène que ce qu'il en connaît déjà et qui déjà s'est évanoui : c'est-à-dire la surprise. Ceci en revient à dire que l'aliénation toxicomaniaque réside dans l'attente d'un moment impossible en ce sens que la surprise est un moment unique, ineffable, volatile, irrépétitif et qui donc, ne se retrouvera jamais.

Le toxicomane selon cette vue, est aliéné dans le style existentiel d'une permanence sans transformance.

Un traumatisme c'est un excès de perceptions. Reprenons l'exemple de l'accidenté de la voie publique. On peut facilement reconnaître que le piéton qui se fait renverser subit un excès de perceptions. Son système neuro-sensoriel est à ce point submergé que sur le coup, il ne ressent parfois plus rien, quand il ne perd pas connaissance, quand il n'entre pas dans le coma. Puis, après réanimation, ou bien tout simplement « reprenant ses esprits » et après qu'on ait évidemment écarté toute lésion anatomique au niveau cérébral, ce « traumatisé », de retour à son domicile, peut, dans certains cas, développer ce que l'on appelle une névrose « post-traumatique ». A partir de là, toute l'organisation psychique du sujet va se circonscrire à partir et autour de ce que l'on peut qualifier de son « **séisme neuro-sensoriel** » et qui réside dans le choc initial. Le sujet va alors développer une activité psychique très spécifique faite de la **répétition de rêves cauchemardesques** en général, ayant pour scénario l'accident lui-même. Cette répétition alliée à l'immuabilité situationnelle du traumatisme décrivent parfaitement ce que Freud a décrit dans **la névrose actuelle**.

Toute la vie psychique du sujet est alors polarisée, réduite dans une instantanéité sur l'actualité immédiate d'un événement particulier. Toute son avancée dans le temps et donc tout le processus de la construction de son moi est figée sur le présent de cet événement traumatique duquel il n'arrive pas à se détacher. En fait, ce qui se passe pendant cette phase de névrose actuelle réside dans ceci : que le sujet là, ne dispose d'aucun dispositif psychique pour élaborer la quantité d'affects mobilisée par le traumatisme. Tant qu'il ne peut élaborer, il ne peut dépasser, sublimer, l'événement. **Il est en état de stupeur existentielle.**

L'hypothèse donc de la toxicomanie comme forme clinique de ce qui a été élaboré au titre de la « névrose actuelle » serait encore ici tributaire du modèle de la « crise existentielle » au sens d'une « crise de la forme » pour reprendre Wieszaecker (22) et de la représentation d'une expérience qui soumettrait le sujet à la répétition au présent d'un événement traumatique initial trop chargé perceptuellement et donc non mentalisable auquel on pourrait assimiler le premier shoot et les premières ivresses toxiques. Comme l'a écrit Henry Maldiney : « La présence n'est pas une

instantanéité ponctuelle mais une tension de durée monadique du passé vers l'avenir, de l'avenir vers le passé ; l'un souvenant, l'autre survenant au présent, lequel doit être capable des deux, comme le point est capable du cercle » (23).

La toxicomanie serait donc selon ce modèle rattachable à la clinique des névroses actuelles.

Alors devant la multiplicité des structures psychiques possibles sous-tendant l'acte d'auto-intoxication, on peut se poser un certain nombre de questions : peut-être le sujet toxicomane n'entre-t-il dans aucune de ces structures, peut-être entre-t-il dans toutes, ou dans chacune d'elles.

C'est ce que nous appelons le phénomène d'inversion épistémologique.

Le suicide est une conduite humaine ; si la mélancolie en est la cause le schéma pasteurien est respecté dans le sens où la conduite suicidaire se trouve là dotée de ce que l'on appelle médicalement une étiologie. Si médicalement, nous traitons la mélancolie par l'administration de traitements antidépresseurs éventuellement l'électroconvulsivothérapie, nous assurons la prévention de la conduite suicidaire et l'acte n'a pas lieu.

L'attaque de panique est une conduite humaine qui associe l'affolement lié au sentiment de la mort imminente, la désorientation, parfois l'état crépusculaire ou la confusion mentale transitoire. Son étiologie peut en être par exemple la névrose d'angoisse ou phobique quel que soit son niveau de structuration. Ici encore, nous nous retrouvons dans un schéma pasteurien au sens où il suffit de traiter à la fois le symptôme par administration d'anxiolytiques et la névrose et le sujet par le biais de la psychothérapie pour éteindre l'émergence délétère de ce dysfonctionnement psychique qu'est la survenue de la crise d'angoisse aiguë.

A l'inverse, est toxicomane celui qui s'auto-intoxique, c'est-à-dire que la structure de l'acte est interne à l'acte lui-même. Ceci veut dire d'un point de vue épistémologique qu'il s'agit là d'un acte **an-étiologique** au sens où c'est la conduite qui définit la pathologie et non la pathologie qui détermine l'acte. Alors, on demande à la communauté scientifique, psychiatrique ou psychologique de structurer une pathologie à partir d'un acte. Chaque auteur ainsi sera convoqué à littéralement construire une structure psychique de l'acte à partir de l'acte, d'où la dispersion nosologique émanant du fait que nous aurons autant de structures de l'acte que nous aurons d'auteurs pour le structurer.

Mélancolie : structure



Suicide : conduite

Névrose d'angoisse : structure



Attaque de panique : conduite

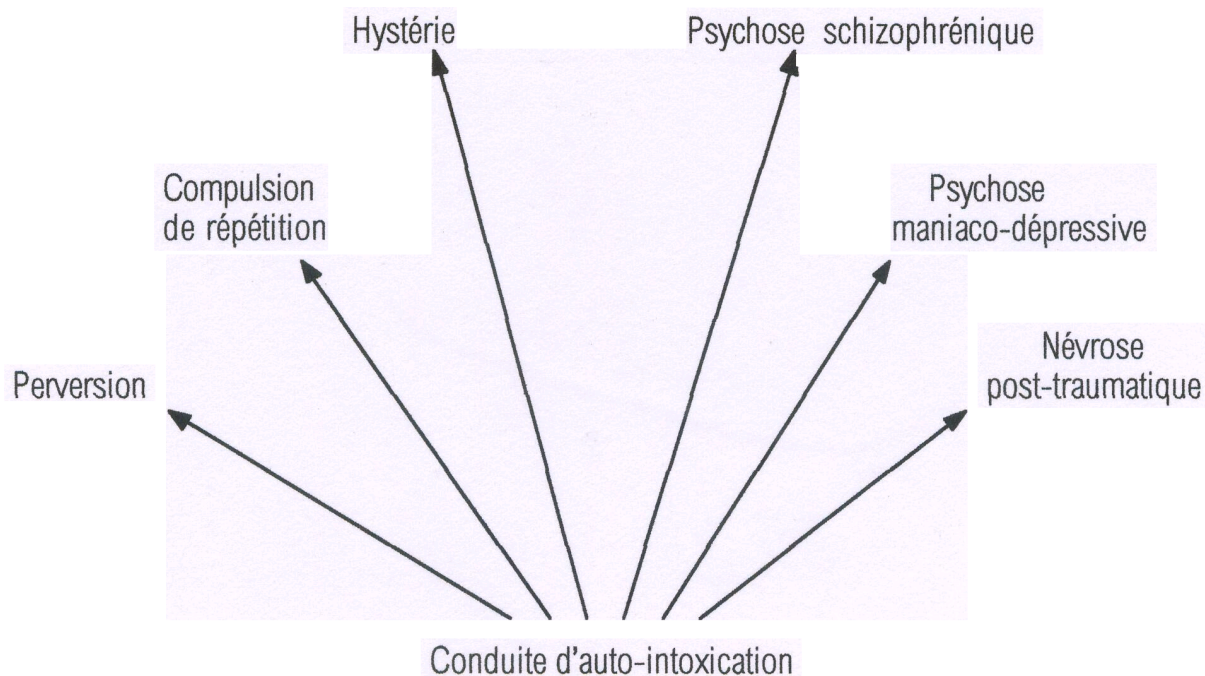
Dans ce premier schéma la conduite humaine a une étiologie. La médecine s'y retrouve : en traitant la cause, on traite l'effet.

?



Conduite d'auto-intoxication

Ici, nous sommes convoqués à fonder une structure de l'acte à partir de l'acte lui-même d'où le phénomène de dispersion lié au fait que l'on peut inventer autant de structures de l'acte que l'on peut trouver d'auteurs de l'invention.



Pour conclure provisoirement sur ce premier aspect de la question, la parole de Philippe Lekeuche et de Markos Zafiropoulos est importante en ce sens qu'elles dénoncent chacun à sa manière cette aporie nosologique :

Philippe Lekeuche écrit ceci dans sa thèse « Le traitement de la toxicomanie comme réactivation des médiateurs pulsionnels » (24) : « En matière de toxicomanie, les cliniciens, qu'ils soient psychiatres, psychanalystes ou psychologues se trouvent aujourd'hui encore dans le flou le plus complet. Sur le plan nosologique, les spécialistes en sont encore à se demander s'il s'agit là d'une maladie ou d'un symptôme, s'il existe bien une entité nosographique appelée toxicomanie ou encore, si les toxicomanes présentent une structure psychique spécifique. Bien plus, ils ne sont pas toujours d'accord entre eux quant à savoir si telle personne qui se déclare toxicomane l'est ou ne l'est pas véritablement.

Le flou des cliniciens et de la clinique semble être ainsi l'écho de la mouvance toxicomaniaque elle-même.

En fait, nous constatons deux choses.

- 1) Que le syndrome « toxicomanie » reste à définir et à décrire.
- 2) Que la clinique du toxicomane et par conséquent la thérapie de la toxicomanie demeurent à inventer ».

A la même époque, Markos Zafiropoulos (25) (sociologue et psychanalyste) soutenait la même thèse : « L'analyse, écrit-il, des conditions de production de la catégorie toxicomane montre qu'elle trouve son unité dans la mise en jeu d'un arbitraire culturel clivant en deux classes opposées l'univers des produits : ceux dont la consommation est interdite (drogue) et ceux dont la consommation est licite (l'alcool par exemple). Or, ni la dangerosité ni les effets potentiels de dépendance ou une quelconque identité des substances interdites ne peut légitimer leur regroupement en une classe unique. Le cas de l'alcool suffit à rendre compte du peu de consistance qu'a cette opération de classification. Pourtant elle joue comme condition de production de la clinique du fameux « toxicomane », clinique qui, en retour fournit une légitimité savante à l'arbitraire culturel de départ. En

effet, cet arbitraire trouve son expression juridique dans un arsenal de dispositions législatives jouant comme opérateur de classification au niveau cette fois des sujets. Par cette opération s'isole le groupe dit des toxicomanes que l'on oriente vers la prison ou vers le système institutionnel spécialisé dans leur prise en charge sanitaire. Dans de tels centres, s'élabore une clinique (savante ou ordinaire) qui le plus souvent a oublié que ceux qui sont rassemblés là (comme patients) **le sont par le jeu d'une opération externe au champ dans lequel se fait la réflexion clinique**" . C'est, me semble-t-il, sur cet oubli de départ qu'une (des) clinique(s) du toxicomane est élaborée par ceux qui s'acharnent à vouloir lui donner corps et consistance malgré la récurrence obligée de ses effondrements. Cela engage, d'un point de vue épistémologique, à soutenir l'énoncé suivant : **le toxicomane n'existe pas*** » n'existent que des névrosés, des psychotiques et des pervers qui se droguent. »

2) La seconde question que l'on peut se poser, c'est s'il existe une structure psychique spécifique prédisposant à une organisation de type toxicomaniaque. Ici je citerai les travaux de A.Braconnier (7). Cet auteur est parti dans deux directions ;

- dans un premier temps il a étudié ce qu'il appelle les « **relations séquentielles** » entre toxicomanie et troubles mentaux c'est-à-dire qu'il a cherché à déterminer le pouvoir pathogène des différentes drogues. En gros : les drogues rendent-elles fou ?

- dans un second temps il a étudié ce qu'il appelle les « **relations interactives** » entre toxicomanie et troubles mentaux. Là, il étudiera la vulnérabilité spécifique de chaque catégorie des maladies mentales connues et isolées scientifiquement à nos jours, à la conduite toxicomaniaque établissant des corrélations statistiques à l'intérieur de chacune des classes.

◁ **Les relations séquentielles** : ici, l'auteur étudie 4 ordres de relation :

- Dans un premier temps il cite le syndrome confusionnel induit par la prise de drogue. Il parle ici de l'ivresse aiguë et du syndrome de manque pour l'alcool, de l'effet flash du coma par overdose ou du syndrome de manque pour l'héroïne. Dans ce cas de figure l'effet direct, causal entre la drogue absorbée et l'altération psychique est évident ; il est « dose dépendant » et se produit quelle que soit la vulnérabilité psychopathologique du sujet.

- A plus long terme, il décrit le **syndrome déficitaire** : il s'agit d'un émoussement des fonctions affectives du sujet, une espèce d'état dépressif larvé, incomplet, marqué surtout par la perte des intérêts et un appauvrissement général de la personnalité que l'on appelle « le syndrome amotivationnel ». Ici, l'effet de la drogue est encore étiologiquement prévalent mais Braconnier parle plutôt d'un mécanisme « existentiel » concernant les relations du toxicomane à son « être » dans le sens d'une perception de plus en plus marquée par la prise de conscience du rétrécissement du champ des intérêts et des possibilités.

- Plus difficile encore est le problème des **pharmacopsychoses** : ce sont des expériences hallucinatoires ou paranoïdes succédant à une prise de psychodysléptiques. Braconnier en conclue problématiquement qu'en l'absence de drogue certains sujets ne s'effondreraient pas dans ces « ivresses dépassées » mais que, d'un autre côté, avec les mêmes drogues et les mêmes doses, ne fait pas un accès psychotique qui veut. Nous en avons un exemple particulièrement saillant et actuel avec les entrées aux urgences psychiatriques de consommateurs d' « ecstasy ».

- Encore plus délicat est le problème des **psychoses chroniques soi-disant induites par les drogues** : psychoses cannabiques, psychoses amphétaminiques, à la cocaïne ou aux opiacés. Il s'agit de tableaux schizophréniques, hallucinatoires ou paranoïaques constitués dont le moment déclenchant a été une prise de drogue. Braconnier conclut ainsi : « qui peut certifier que ces sujets ne présentaient aucun signe de la série psychotique au début de l'intoxication ? Auquel cas il faudrait alors inverser la relation séquentielle », la cause devenant ici l'effet d'une pathologie mentale préexistante.

* Mis en exergue par moi

* Idem

La première conclusion, partielle de cette exploration est qu'on ne peut établir de liens de cause à effet entre l'abus de drogue et le déclenchement d'une pathologie mentale quelconque. Tout au plus pouvons-nous suspecter que l'abus de drogue viendrait simplement révéler ou décompenser une pathologie mentale préexistante.

∠ Abandonnant sa recherche à propos des effets des toxiques sur le psychisme, Braconnier va tenter une analyse inverse qui sera une analyse comparative des deux populations. Il appelle cela **les relations interactives** entre le groupe des toxicomanes et le groupe des malades mentaux. Là, il souligne d'emblée l'hétérogénéité des diagnostics psychiatriques pouvant être posés face à une population de sujets étiquetés « toxicomanes ». C'est ce que nous venons de voir. Il note toutefois que **c'est la dépression qui représente le trouble mental le plus fréquemment associé à la toxicomanie**. En effet, le toxicomane présente des signes de la série dépressive dans 30% des cas dans les premiers temps de l'intoxication et dans 90% des cas au bout de 3 ans d'intoxication. H.S. Akiskal prétend que 44% des enfants nés de parents maniaco-dépressifs deviennent toxicomanes(18).

Sans vouloir prendre au mot une telle radicalité épidémiologique mais sans non plus faire l'erreur d'ignorer sa prise en compte nous pourrions énoncer que si l'on devait faire une recherche sur la toxicomanie comme trouble mental ce serait dans le champ de la dépression comme altération de la temporalité qu'il faudrait chercher. Je note toutefois que la dépression comme l'angoisse **n'est pas une structure**, c'est la perception d'un état de soi. En effet, on peut être névrosé, schizophrène ou psychopathe et, déprimé ou angoissé. A ce niveau d'analyse, nous ne sommes pas plus avancés mais nous avons quand même une idée du champ dans lequel peut s'analyser le phénomène toxicomaniaque : ce n'est pas dans le champ des états structurés, **c'est dans celui de la perception**. L'abord donc en sera avant tout phénoménologique.

A ce sujet on peut déjà relever une différence essentielle distinguant le déprimé et le toxicomane : les deux se manifestent par leur perte d'intérêt vis à vis d'eux-mêmes et de ce qui les entoure et par la perte de leurs rythmes biologiques : l'appétit, le sommeil, le rythme menstruel chez la femme.

Selon le Professeur Jacques Schotte (26), phénoménologiquement, l'état dépressif repose sur un trépied qui associe :

- la **dysrythmie** : la désorganisation des rythmes biologiques,
- l'**anhormie** qui correspond à la perte de la disposition à être telle que l'ont développé Von Molakow, Mourgue (27), J.Delay et Guiraud (28),
- et l'**anhédonie** qui correspond à la perte de la capacité à tirer du plaisir de l'expérience du monde. Nous entendons par là la perte de l'appétence qui se traduit cliniquement par la perte de l'appétit, la perte de l'appétit sexuel par exemple qui se traduit chez l'homme par l'impuissance, chez la femme par la frigidité.

La partie apparente, symptomatique, de l'état dépressif se manifeste, elle, par des éléments névrotiques dont les thèmes sont empruntés à la culture ambiante au sein de laquelle s'exprime le déprimé. En occident ces thèmes sont dominés par une mythologie disons judéo-chrétienne qui fonde un sentiment comme celui de la culpabilité. A la culpabilité s'adjoint logiquement le sentiment d'indignité puis la douleur morale et cette puissance mégalomane de la souffrance infinie qui est cliniquement présentifiée par ce que l'on décrit par le syndrome de Cottard qui se caractérise par son vécu de la perte des limites de soi tant sur le plan spatial que temporel. Une souffrance qui excède les limites du corps et qui tend à souffrir pour l'éternité.

Au delà de ces manifestations, il faut me semble-t-il revenir surtout à la trilogie phénoménologique ou, disons, esthétique qui se trouve à la base de ce qui s'en manifestera quelque soit le bain culturel où elle sera amenée à s'exprimer : je veux dire : dysrythmie, anormie, anhédonie.

C'est à partir de ces trois critères que l'on pourra distinguer la position toxicomaniaque de la position dépressive.

En effet, si le déprimé est en perte de prise sur le monde par perte d'intérêt c'est qu'il est en perte d'élan vital au sens de H. Bergson (29) ou, plus fondamentalement, de Guiraud et Delay cités plus haut qui faisaient de cette fonction l'une des dimensions les plus essentielles de la disposition à être, ce qu'ils appelaient la « hormé » (28) ; ce que nous appellerons « l'éprouvé global d'être en vie », éprouvé qui, chez le déprimé, et pour reprendre H. Tellenbach (30), est en perte de prise.

Le toxicomane lui, est en perte de prise sur le monde, non parce qu'il y a **perte** dans la disposition de la « hormé » mais parce qu'il y a **détournement** de tout son intérêt qui se polarise sur le produit. De surcroît, on ne peut logiquement pas retenir le critère de l'« anhédonie » parce que bien au contraire, tout le champ hédonistique chez lui est monopolisé par l'attente de l'effet sous produit. Ainsi, le toxicomane n'est absolument pas en perte d'élan vital, sa pulsion est forte, vivace, sensible, ainsi que sa capacité à jouir ; mais cette capacité, est en quelque sorte emprisonnée dans une monomanie au sens originel d'Esquirol, de l'expérience sous produit qui en revient au fond à une expérience tautologique de soi.

Voici donc les critères qui établissent la distinction entre le toxicomane et le dépressif. Ces critères ne sont pas d'ordre structural mais phénoménologique, les seuls capables d'appréhender le sujet toxicomane dans le concret de sa problématique. Le Pr Vedrinne formule remarquablement cette problématique ; il dit : « Le toxicomane ne se laisse pas prendre facilement, et surtout pas dans une grille nosographique traduisant en termes de repères relativement fixes, les éléments structurels ou des aménagements stables de la personnalité. Voyageur d'une autre planète, l'utilisation répétitive du toxique le place hors du champ de toute description statique, et la constellation « individu-drogue-société » ne peut être abordée qu'en termes de flux, de rythmes et de ruptures, de courants narcissiques, d'incorporation et de manque. La pathologie toxicomaniaque apparaît ainsi comme une course poursuite vers un point de fuite : fuite de la subjectivité, fuite, de la réalité.

Parler de la personnalité du toxicomane tient donc plus du discours que de la description. Il s'agit de rendre compte d'un mouvement, d'un rapport étrange de la personne au temps et à l'objet **dans un abord qui ne peut être que phénoménologique s'il ne veut pas se contenter de l'anatomie de la carcasse vide d'un être qui n'est déjà plus là** » (31).

On peut émettre une première hypothèse quant à l'appréhension très problématique du sujet toxicomane et la question nosologique et conceptuelle qu'il pose à la psychiatrie et à la psychologie en général. Cette hypothèse réside dans le déplacement suivant : ce déplacement doit être le fruit d'un effort épistémologique : **il s'agit de passer de la conception d'un diagnostic structural à celle d'un diagnostic pulsionnel** en ce sens qu'il nous faut admettre qu'appartiennent à différents sujet, différentes dispositions pulsionnelles c'est-à-dire différentes modalités d'installation de soi dans le temps à vivre dans le sens de l'immobilisation, le ralentissement ou l'accélération.

Il n'en reste pas moins que l'effet de l'effort épistémologique dont nous parlions correspond malgré tout à un saut, un passage nécessaire en termes d'appréhension clinique de la toxicomanie, un passage qui va d'une clinique descriptive des contours apparents du sujet toxicomane qu'il nous appartient de conceptualiser, à une clinique nécessairement compréhensive de l'expérience vécue sous drogue telle qu'elle nous est relatée par le patient.

Nous passons là d'une clinique structurale à une clinique phénoménologique en restant attentifs au fait qu'il est impossible de dissocier les deux. La psychanalyse s'en constitue comme la nécessité.

En tout état de cause, à ne pas faire ce pas, ce saut, le risque est grand de passer, avec et malgré tout notre armement conceptuel, à côté de ce qu'est la réalité du phénomène toxicomaniaque.

Ayant fait ce pas, ce saut, notre recherche peut se poursuivre.

Dans ce sens, il nous paraît intéressant d'étudier les caractères sensibles de l'expérience à vivre sous drogue.

Ceux-ci s'expriment selon trois thèmes :

- du point de vue de la forme nous procéderons à une analyse esthétique du phénomène. Cette analyse nous entraîne du côté de ce qu'il est convenu d'appeler « l'expérience au miroir » telle que Jacques Lacan l'a théorisée, notamment dans deux articles célèbres : « Le stade du miroir » et « L'agressivité en psychanalyse » figurant dans « Les Ecrits ».
- du point de vue du temps cette expérience sera étudiée sous l'angle de l'hypothèse d'une inversion subjective de la perception de l'écoulement de la vie. Le sens de cette inversion réside dans la prise de conscience, toujours trop aiguë, trop douloureuse de l'inéluctabilité de l'aboutissement de la vie : je veux dire : **la mort**. Nous nous référerons pour cette analyse à un linguiste célèbre : Gustave Guillaume.
- le troisième thème sera « destinologique » si l'on peut dire. Il correspond à la tentative de la maîtrise de l'avancée de soi dans sa propre histoire. Il s'agit là des mécanismes psychiques de la construction du moi. Les références en sont : S. Freud et L. Szondi.

Alors, du point de vue de la forme, nous pouvons partir du constat que nous sommes tous issus de ce que l'on pourrait appeler « une escroquerie originaire ». On voudrait nous faire croire que nous avons été désirés ou non désirés alors que nous n'avons peut-être même pas été **envisagés** à l'instant de notre conception. Au-delà, il est facile de comprendre que pour pouvoir concevoir son enfant, la mère doit en passer par le désir de quelqu'un d'autre, en l'occurrence : le père. Ainsi la mère, fondatrice, originaire, germinative, a toujours désiré et désire toujours ailleurs, fût-ce pour partie et c'est à cet endroit précis que réside le problème.

Voici exactement la révélation que le sujet doit admettre pour devenir lui-même un sujet désirant et non plus un objet d'amour. Cette expérience originaire est une castration. Cette défaillance de l'autre à la plénitude de sa présence se rejouera à partir de là à tous les niveaux de la vie relationnelle car l'autre est toujours hors d'atteinte, hors d'attente pour reprendre H. Maldiney, dans la mesure où sa disposition à notre égard n'est jamais ni totale ni homogène. Rappelons que le terme même de relation repose sur le critère d'un principe relatif, c'est-à-dire incomplet et non absolu.

Voici exactement ce que réfute fondamentalement et obstinément le sujet toxicomane. Il refuse un échange d'amour dont il ne saurait exactement qui en est le bénéficiaire, et se détourne de tout plaisir qui ne serait pas total et immédiat. Alors il se retourne sur le seul espace sans partage qu'il connaisse, c'est-à-dire : **lui-même**. Il utilise pour cela une substance psychoactive, c'est-à-dire un produit qui aura pour effet d'altérer sa conscience, la conscience devant être comprise ici comme l'organe des sens du contact avec le monde extérieur et donc et surtout, avec l'autre. Mais, cette expérience endogène, je dirais tautologique est une pure intériorité. En ce sens, elle n'est pas psychiquement, imaginativement représentable parce qu'une image se définit par son contour, par une limite, avec un dehors et un dedans. Je fais, reprenant Henry Maldiney, la proposition axiomatique suivante : l'homme n'est pas, il ex-iste au sens du latin « ex-stare » qui signifie : avoir sa tenue hors de soi, « être-à-l'intérieur-du-hors-de-soi » pour reprendre Martin Heidegger dans son « Introduction à la métaphysique ». Car enfin, il faut être fou comme un homme pour se dire en se contemplant au miroir : « ça c'est moi ». Ca, ce n'est pas moi, c'est un miroir. Quelle est donc cette capacité extraordinaire et mystérieuse qui caractérise l'homme, à extraire littéralement ses contenus sensoriels intérieurs, esthétiques, pour aller les cogner contre la surface neutre du miroir et en saisir dans un reflet, l'image, c'est-à-dire le contenant de ce contenu, et de s'y re-connaître. Charles Baudelaire en a

magistralement formulé la problématique : « *Mon amour, écrit-il, ressemble à un voyage interminable sur une surface pure et polie, comme un miroir qui aurait reflété tous mes sentiments et mes gestes avec l'exactitude ironique de ma propre conscience de sorte que je ne pouvais pas me permettre un geste ou un sentiment déraisonnable sans percevoir le reproche muet de mon inséparable spectre* ». Ceci qui s'écrit sur le thème de la mélancolie traduit bien le fondement de l'imaginaire comme union d'une duplicité. D'un autre côté l'imaginaire est ce qui me confère la possibilité de me représenter ce qui s'absente pour en anticiper le retour ou bien pour en faire le deuil sous la forme de la remémoration. Mélanie Klein a développé cette question dans sa recherche : « *Envie et gratitude* ».

Voici de quoi l'expérience sous produit est dépourvue : sa représentabilité psychique. L'expérience sous drogue est inimaginable. Alors, quand le produit s'absente, il manque, au sens étymologique de « mancus » qui signifie : « estropié ». Dans ce sens, le manque ne correspond plus à l'absence d'un produit et d'une expérience imaginaires consistants mais bien plutôt à une amputation de l'expérience sensible. Le toxicomane dans cette configuration psychique n'a pas le choix ; il lui faut pour réparer l'absence répéter dans la réalité la prise de produit.

Ceci c'est l'esthétique du manque.

Du point de vue du temps, le processus **toxicomane** procède d'une inversion tout aussi singulière. On peut aborder les choses de la manière suivante : nous attendons généralement de la prochaine expérience qu'elle soit différente de la précédente. Ainsi le monde nous apprend le monde au sens où nous le découvrons dans la juste mesure où nous structurons notre expérience : ainsi au fil du temps, nous devenons « expérimentés » en quelque sorte. Le corollaire de cette proposition réside dans le constat selon lequel le monde vers lequel nous avançons nous transforme, et ce jusqu'à l'aboutissement de notre transformation qui est la mort elle-même.

Le toxicomane lui, attend de la prochaine expérience qu'elle soit, non pas différente, mais absolument similaire à la précédente : **le shoot c'est le shoot**. Le sujet n'attend rien d'autre de l'expérience sous produit que ce qu'il en connaît déjà. Ainsi, le monde n'est plus transformateur de soi, le processus est bloqué, figé. Il s'agit là d'un mécanisme de sidération existentielle dont la finalité ou la conséquence est que ce long glissement de soi vers la mort n'est plus perceptible au moins comme expérience temporalisée.

Je me suis inspiré pour comprendre cela d'une modélisation linguistique que nous devons à un auteur comme Gustave Guillaume qui a exploré, dans son ouvrage « Langage et science du langage » **la dimension aspectuelle du verbe** c'est-à-dire la manière dont le verbe contient le temps (32).

Gustave Guillaume décline l'aspect selon trois thèmes :

- le thème versif,
- le thème a-versif,
- le thème d'inversion infinie.

Le thème versif est le thème du présent cursif : lorsque je dis : « Pierre lit » je dis trois choses : je dis : « Pierre est en train de lire »,

« Pierre a lu »,

et, « Pierre lira » tant qu'il n'aura pas arrêté de lire.

Ainsi le présent se déplace comme un curseur sur l'axe du temps du passé vers le futur. Tant que Pierre lit, il apprend, l'histoire se déroule, le monde donc le transforme au sens où il devient expérimenté, élargissant le champ de ses connaissances. Nous retrouvons ici le schéma esthétique de la reconnaissance de l'autre comme expérience toujours différente au fil de sa présentation. Ainsi, j'attends bien de la prochaine expérience qu'elle soit différente de la précédente : je lis, attendant à chaque page ce que m'apportera la page suivante. C'est un schéma proleptique. **Le thème versif verse constamment de l'inaccompli en accompli**. Je ferai remarquer que c'est ainsi que se structure par sédimentation d'expériences mémorisées le moi du sujet au fil de la construction de son histoire. Erwin Straus dans son ouvrage : « Du sens des sens » a écrit : « Sois ce que tu es mais tu ne l'es qu'à le devenir ».

Le thème a-versif affecte deux temps de la conjugaison qui sont : le prétérit défini et le futur catégorique.

Au prétérit défini, je dis : « Pierre a lu » : il n'est pas en train de lire, il ne lira pas. Ce thème verse de l'accompli en accompli. Il est a-versif.

Au futur catégorique, lorsque je dis : « Pierre lira », il n'est pas en train de lire et il n'a pas lu. Le thème verse de l'inaccompli en accompli. Il est a-versif.

Le troisième thème qui est le thème d'inversion infinie n'existe pas dans notre grammaire. Gustave Guillaume l'a trouvé dans l'Aoriste qui est un temps de la conjugaison grecque qui a valeur de passé mais n'indique pas une datation précise. Ce thème correspond à la figure inversée du thème versif que nous avons abordé plus haut à propos du présent cursif. Il s'agit d'un thème qui ne verse pas de l'inaccompli en accompli mais de l'accompli en inaccompli. Chacun comprendra l'inversion : « De ce que je sais déjà je fais ce que j'ai à découvrir ». Nous retrouvons encore une fois la tautologie de celui qui attend de la prochaine expérience qu'elle soit non pas différente mais absolument similaire à la précédente. Au sens de Paul Klee, pour lui, l'avenir c'est du passé en préparation mais il en radicalise la proposition au sens où il n'attend que ce qui est déjà advenu, que ce qu'il connaît déjà. Les attentes du toxicomane sont inversées. Ainsi, l'expérience mondaine se trouve figée. C'est un arrêt sur l'image voire un retour en arrière. Dans cette position existentielle, **je suis épargné d'être en position d'attendre la mort.**

Du point de vue existentiel et peut-être à comprendre de manière plus destinologique, le toxicomane est engagé dans un jeu particulier avec la mort. C'est un jeu qui est complémentaire au phénomène d'inversion que nous venons d'évoquer. Son but, tragique, est d'annuler la perspective voire même l'existence réellement insupportable de la mort.

Un psychiatre comme Philippe Jeammet, parlant de « dépendance » évoque le terme d'« **addictivité** ». Addictivité, addiction, sont des néologismes. On ne les retrouve pas dans nos dictionnaires. Ces termes se rapportent à la terminologie anglaise : « addiction » qui signifie : inclination, assuétude, « qui cause le phénomène de dépendance ».

En fait ce terme est intéressant pour son étymologie latine qui est : « addictus ». Addictus signifie : « **esclave pour dette** ». Ce terme se réfère à une pratique de la Rome antique et qui faisait que lorsque l'on était en dette vis-à-vis de quelqu'un et que l'on ne pouvait s'affranchir de cette dette, on devenait l'esclave de son créancier. Cette position définit assez exactement celle du toxicomane vis-à-vis du produit : il veut s'en libérer parce qu'il y sent son être pris (pratiquement tous les toxicomanes affirment vouloir décrocher) mais il n'y arrive pas **parce qu'il ne peut en payer le prix** exorbitant pour lui qu'est le deuil de l'expérience sous produit et plus fondamentalement ce que j'appelle « le deuil du sans projet ». Le sujet toxicomane n'a pas de projet autre que le prochain shoot. Cette configuration a pour conséquence nous l'avons vu, une sidération existentielle. Ne dit-il pas lui-même du shoot qu'il se fait un « **fixe** ». Il ne veut pas de projet car ce serait accepter de glisser vers la mort qui représente nous le savons le paradigme final de tout projet quel qu'il soit. Alors il offre son corps en esclavage à ce produit ou plutôt à cette expérience surpuissante de soi. **Mais où donc réside cette surpuissance ?**

Elle réside justement dans la capacité illusoire et monstrueuse que contient l'expérience toxicomane, au-delà de l'inverser, de **maîtriser** l'avancée de soi vers la mort. **Cette capacité réside dans l'« ordalie »**. L'ordalie signifie : « l'épreuve judiciaire par les éléments naturels ». C'était une pratique moyenâgeuse jusqu'au XVII^e siècle que l'on retrouvait fréquemment chez les peuples germaniques mais également chez les peuples africains et asiatiques : lorsqu'un sujet était accusé d'un méfait il devait passer des épreuves judiciaires physiques par l'eau et le feu pour être disculpé ou confondu. En fait l'ordalie était sensée manifester le jugement de Dieu.

Du point de vue philosophique on pourrait avancer l'idée selon laquelle l'homme, incapable de son propre réquisitoire devant sa faute originelle, se trouve condamné à la révélation de sa propre mortalité. Alors il s'en remet au jugement de Dieu, seul maître du hasard et du destin afin de mettre à l'épreuve l'inéluctabilité de son échéance. S'il passe l'épreuve avec succès, il est immortel ce qui dans la réalité est inconcevable mais fonctionne de manière prégnante dans le fantasme.

Cette mise à l'épreuve trouve son équivalent moderne dans ce que l'on appelle « **les conduites ordaliques** » qui correspondent aux « **conduites à risque** » ou « **conduites dangereuses** » que l'on

observe fréquemment chez les adolescents. Cette observation est riche d'enseignement sur le sens de la crise d'adolescence qui repose finalement sur la révélation de la mort à cet âge où « l'homme découvre la précarité du présent dans l'infinité du temps » pour reprendre Maldiney. Dans le sens exact de cet exposé, la prise en compte de ce moment névralgique de la vie humaine me fait penser que malgré le fait heureux que la plupart des adolescents sortent intègres de cette période, il n'en demeure pas moins que l'adolescence constitue une prédisposition à une organisation de type toxicomaniaque.

La conduite ordalique relève en fait de la « **pensée magique** » en ce qu'elle procède du sentiment de la maîtrise du destin par une mise en péril de soi à quoi l'on survit.

Ici encore, on peut rapprocher la conduite du toxicomane de la conduite ordalique en ce sens que, renaissant constamment du risque vital de l'overdose, **il se démontre qu'il est immortel**. A minima, le sujet bien portant qui altère sa santé par le tabac ou l'alcool, ou bien qui risque sa vie au volant, effectue fantasmatiquement la même opération. Il s'agit là d'un procédé magique de soustraction de soi au processus inéluctable de la mortalité intrinsèque à la vie par la pratique d'une mort dont on maîtrise la réversibilité, chez le toxicomane en maîtrisant les doses de produit ingéré par exemple. Un auteur comme Jean Kinable dit que le toxicomane « **héroïse sa mort** ».

Alors, il faut retenir cette séquence : « **addiction – ordalie - conduite à risque - pensée magique - maîtrise du destin - soustraction de soi à la mort par son héroïisation** ».

Nous retrouvons ici les deux thèmes précédents qui sont : quant à la forme, le caractère radicalement endogène d'une expérience privée de l'autre c'est-à-dire d'un monde de la rencontre transformatrice vers la mort et quant au temps, la sidération existentielle d'un sujet qui a inversé ses attentes ne s'envisageant que vers le déjà accompli, ne pouvant donc pas s'ouvrir à l'événement donc à la « possibilité de la mort » au sens de Heidegger.

Alors partant de cette conception, une question me paraît résider au fondement de toute psychothérapie du sujet pharmacodépendant. Elle concerne **le deuil**. Mais ce n'est pas ici du deuil du produit dont il s'agit. Au demeurant en terme de jouissance toxicomaniaque, l'objet de plaisir ce n'est pas le produit, l'objet de plaisir c'est soi, le produit ne constituant qu'un moyen d'accéder à ce soi unaire, tautologique, déshabité de l'autre et livré à soi-même dans ce « bonheur sans partage » comme le dit Vedrinne mais aussi dans l'enfermement dans cette relation esclavagiste que nous avons évoquée. Le deuil dont il s'agit est profond, fondamental, je dirais ontologique : il s'agit du **deuil de la non transformabilité de soi** qui permettra au sujet toxicomane qu'il soit, comme nous tous, transformable donc **réellement mortel**.

Au demeurant, et sans que la psychothérapie y soit pour quoi que ce soit, on constate souvent des remaniements pulsionnels d'une profondeur qualifiable de viscérale chez le sujet toxicomane qui après des années héroïques de jeu avec la mort apprend par exemple qu'il est atteint du SIDA ou de l'hépatite C. C'est bien souvent à ce moment qu'il décide paradoxalement, alors qu'il est trop tard – au moins imaginativement – de se soigner. Pour vivre justement.

On a l'impression là, que par diagnostic biologique interposé, qui n'est pas une réalité matérielle, une souffrance incarnée, on a toutefois, sur un plan symbolique tout au moins, nous dirons plutôt, abstrait, contribué à lui restituer sa mort biologique en lui en éclairant la réalité et en la datant d'une certaine manière c'est-à-dire sous la forme d'une échéance imaginaire mais réintroduite au titre d'échéance. Ainsi, d'une mort héroïsée, réversible, maîtrisée par lui, le sujet toxicomane est convoqué à une mort processus dont il a la révélation au moment où il lui apparaît qu'il en est dépourvu du contrôle, celle-là même qui habite la vie, le processus vital. **On l'a rendu vivant**. L'émergence de la présence en lui de la mort l'a rendu vivant.

Le philosophe Vladimir Jankélévitch, dans son essai : « Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien »(33) appelle ça : « la deuxième première fois ». Tous les hommes se savent mortels, pourtant, tel homme est en catastrophe lorsqu'il apprend qu'il est atteint d'une maladie incurable. C'est une contradiction à laquelle Jankélévitch tente de répondre par deux propositions : soit il ne savait pas qu'il était mortel ; cette proposition est impossible étant donné l'hypothèse de départ, soit il savait trop qu'il était mortel ce qui est une proposition illogique, la mort ne pouvant faire l'objet d'aucun savoir.

« Aucune de ces deux propositions ne convient. La réponse réside peut-être dans une troisième proposition : « il ne savait pas à quel point il avait raison de se savoir mortel ». »

BIBLIOGRAPHIE

- (1) P. JEAMMET, Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie 37250 A 10 et A 15, 2-1984.
- (2) J. OURY : « Le séminaire de Sainte-Anne 1984 », Ed Scarabée, Paris 1986.
- (3) D. TOUZEAU, C. JACQUOT, « Les traitements de substitution pour les usagers de drogue », Ed. Arnette SA, 224 Bd Saint-Germain, 75005 Paris, France, 1997, p72.
- (4) Idem, Chapitre V, pp71-78.
- (5) M. FOUCAULT, « Naissance de la clinique », Quadrige, PUF, Paris, 1963.
- (6) M. FOUCAULT, « Histoire de la folie à l'âge classique », Collection Tel, Ed. Gallimard, Paris, 1972.
- (7) A. BRACONNIER, *Troubles mentaux et toxicomanie* in « Les toxicomanies », Confrontations Psychiatriques, n°28, 1987, pp207-219.
- (8) S. FREUD, « L'interprétation des rêves », PUF 1967.
- (9) S. FREUD, « Trois essais sur la théorie sexuelle », Folio Essai, Ed. Gallimard, Paris, 1987.
- (10) S. FREUD, *Pulsions et destin des pulsions* in « Métapsychologie », Ed. Gallimard, Paris, 1968, pp33-43.
- (11) S. FREUD, « Abrégé de psychanalyse », 1938, p79.
- (12) Idem.
- (13) W. WITTGENSTEIN, « Tractatus logico-philosophicus », Bibliothèque de philosophie, NRF, Gallimard, 1993, p23.
- (14) Cité par F. GEBEROVITCH : « Une douleur irrésistible. Sur la toxicomanie et la pulsion de mort », Inter Editions, Coll. L'analyse au singulier, Paris, 1984.
- (15) S. FREUD, *Au-delà du principe de plaisir* in « Essais de psychanalyse », Ed. Payot, 1981, p46-47.
- (16) S. FREUD, « L'interprétation des rêves », PUF 1967. p484 et p485, surtout p484 lignes 16 à 20 et note 1 et p485 lignes 11 à 15.
- (17) J. BERGERET, « La personnalité normale et pathologique », Coll Psychisme, Dunod, Bordas, Paris, 1974.
- (18) H.S. AKISKAL, J. DOWNS, P. JORDAN, S. WATSON, D. DAUGHERTY, D.B. PRUITT, The prospective course of affective disturbances in the referred children and younger sibs of manic depressives in Arch. General Psychiatric Revised, 25.09.1984.

- (19) S. FREUD, *La morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes* in « La vie sexuelle », Paris, PUF, 1969.
- (20) S. FREUD, « Trois essais sur la théorie sexuelle », Folio Essai, Ed. Gallimard, Paris, 1987.
- (21) S. FREUD, « Inhibition, symptôme, angoisse », Bibliothèque de psychanalyse, PUF, 1951.
- (22) V. VON WIESZAECKER, « Le cycle de la structure (Der Gestaltkreis) » Desclée de Brouwer, 1958.
- (23) H. MALDINEY, « Existence, crise et création », Ed Encre Marine, Fougères 42220 La Versanne, 2001, p 81.
- (24) P. LEUKEUCHE, in « Fortuna Spécial », Bulletin des Etudes Szondiennes de Montpellier, N° ISSN 0769-184 X, Septembre 1987.
- (25) M. ZAFIROPOULOS, « Le toxicomane n'existe pas », Analytica, Cahiers de recherche du Champ freudien, Ed Navarin, Diffusion Seuil, 1988, ISSN 0276-2826, p 7-8.
- (26) A. ROELANDTS, J. SCHOTTE, *De la psychiatrie biologique à l'anthropopsychiatrie* in « L'information Psychiatrique », 75, 6, 1999, p 630 ligne 39 à 55.
- (27) VON MONAKOW, MOURGUE, Confère « Manuel de Psychiatrie », A POROT, PUF, 1952, p 312.
- (28) GUIRAUD, « Psychiatrie Clinique », Librairie Lefrançois, Paris, 1956.
- (29) H. BERGSON, « L'évolution créatrice », Quadrige, PUF, 4^{ème} édition, Paris, 1989.
- (30) H. TELLENBACH, « La mélancolie », PUF, Paris, 1979.
- (31) J. VEDRINNE, J.M. ELCHARDUS, N. GEREY, « Les personnalités du toxicomane » in Confrontations Psychiatriques n° 28, 1987, p 103.
- (32) G. GUILLAUME, Thèmes de présent et système des temps français (Genèse corrélatrice du présent et des temps) in « Langage et structure du langage », Paris, Librairie AG Nizet, Presses de l'Université de Laval, Québec, 4^{ème} édition, 1994, p 64 à 72.
- (33) V. JANKELEVITCH, « Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien » Tome 2 : La méconnaissance, le malentendu, Collection Points, Ed du Seuil, 1980, p 22-23.

