

DELIMITATION DE LA TOXICOMANIE ESSENTIELLE

Philippe LEKEUCHE

A. POSITION DES PROBLEMES

Une toxicomanie n'est-elle qu'un symptôme parmi d'autres possibles d'un trouble psychique plus profond ou bien constitue-t-elle une maladie, une entité nosologique à part entière ? La réponse n'est pas simple et ne va pas de soi. Cette même question fut jadis posée à propos de l'épilepsie et de la crise épileptique avant qu'on ne rejette celles-ci dans les enclos d'une certaine neurologie réductionniste (toute neurologie ne l'étant pas nécessairement). Pour ce qui concerne la toxicomanie, les auteurs ne sont pas d'accord entre eux. Certains auteurs ne voient dans la prise de produit qu'un symptôme clinique relevant d'une problématique soit psychotique, soit névrotique, soit perverse. D'autres, au contraire, croient pouvoir repérer et décrire une organisation psychopathologique spécifique de la toxicomanie (Geberovich). Szondi pose avec son schéma pulsionnel un premier jalon de réponse. Ainsi, son facteur épileptique *e*, en tant qu'il constitue une "catégorie psychiatrique" (Schotte), est là pour nous indiquer que l'épilepsie révèle pathoanalytiquement un problème anthropologique universel, constitutif de l'humain, ainsi que Freud l'avait déjà explicité dans son analyse de la crise épileptique, problème génialement soulevé bien avant lui par Dostoïevski dans son roman "Crime et Châtiment" : a-t-on ou non le droit de tuer son prochain et/ou de se supprimer soi-même ? Le génie de Szondi est de nous avoir fourni le radical pulsionnel irréductible qui se trouve au travail dans l'épilepsie comme dans tout questionnement éthique : la tendance caïnesque à (se) tuer : *e*-. Mais revenons au problème nosographique posé par la toxicomanie. Dans la perspective d'une nosographie structurale articulant des catégories et ne juxtaposant pas simplement des classes (Schotte), Szondi se montre, en matière de toxicomanie, aussi éclairant qu'il l'avait été pour la question de l'épilepsie. En effet, son schéma pulsionnel affirme l'existence du facteur maniaque *m* qui renvoie à la fois à la manie de la maniaco-dépression (Manie) et à celle de la "toxico-manie" (Suchtigkeit). Dans son traité de pathologie pulsionnelle ("Triebpathologie", pp. 415-431), Szondi décrit la pathogenèse spécifique de la toxicomanie et il en isole le radical pulsionnel universel : *m+*, la tendance à s'accrocher, tendance pulsionnelle qui ne concerne pas seulement les toxicomanes toujours préoccupés, comme ils le disent eux-mêmes, de "décrocher" du produit. Cette tendance pulsionnelle à s'accrocher à tout ce qui nous supporte, et nous permet de nous supporter, est à

l'oeuvre dans tout homme car tout homme est toujours confronté à la question de la séparation, la vie étant ainsi faite comme l'écrit Rilke : "So leben wir und nehmen immer Abschied" ("Ainsi vivons-nous, toujours pris dans l'adieu"). Bref, pour Szondi, la toxicomanie peut constituer une maladie à part entière dont la portée ou la teneur anthropologique concerne tout un chacun à des degrés divers.

Les recherches que je mène au Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch depuis 1984 m'ont permis de confirmer les vues de Szondi en matière de toxicomanie et de mettre en évidence l'existence d'une toxicomanie essentielle. On peut dire en résumé que celle-ci apparaît comme étant une forme de psychopathie appartenant à la sphère nosographique des thymopathies (vecteur du Contact). J'ai cru pouvoir en dégager, sur le plan de la **phénoménologie clinique**, trois signes majeurs : 1. la personne ne sait plus s'arrêter d'accroître la fréquence et l'intensité des prises dans la répétition; 2. le Moi, en tant qu'instance d'individuation, finit par disparaître dans ses prises ("Est pris qui croyait prendre"); 3. la prise de produit, qui avait pour fonction d'être une prothèse destinée à soutenir le Moi, devient autophage, le support se troue et engloutit le Moi qui reposait sur lui (le toxicomane essentiel ne supporte certes plus le produit mais c'est surtout celui-ci qui ne le supporte plus!).

Une question fort intéressante se pose ici. Lorsqu'on parle de toxicomanie essentielle, vise-t-on par là un certain type d'organisation psychique permanente ou bien plutôt un certain type de fonctionnement psychique devenu envahissant à un moment donné de la vie d'un individu ? Dans ce dernier cas, on pourrait imaginer, par exemple, qu'un névrosé obsessionnel se mette à boire poussé par certaines circonstances et que, suite à un événement traumatique exerçant un effet de basculement, il finisse par tomber totalement dans l'alcool. A ce moment précis, son alcoolisme, qui était tout d'abord symptomatique d'une névrose obsessionnelle, est devenu un problème en soi par un effet d'autobouclage sur elle-même de la manie de boire. Cet individu deviendrait alors, provisoirement ou définitivement, un alcoolique essentiel. Il présente en effet à ce moment précis les trois signes cliniques que je viens de décrire comme caractéristiques de la toxicomanie essentielle. La prise d'alcool n'est plus chez lui un symptôme inscrit dans une structure obsessionnelle mais elle empêche toute formation de symptôme. Peut-on parler dans ce cas de toxicomanie essentielle ou, autrement dit, la gravité plus ou moins momentanée, plus ou moins chronique, d'un tableau clinique l'emporte-t-elle sur la structure psychopulsionnelle sous-jacente pour décider d'un tel diagnostic ? Personnellement, je ne le pense pas, car il ne fait pas de doute qu'une fois sevré et abstinent, on verra resurgir chez ce sujet la structure psychique névrotique que l'alcool avait fini par délayer. Je tenterai de répondre à la question soulevée par cet exemple dans la cinquième partie de mon exposé, après examen de 19 protocoles szondiens de toxicomanes.

D'autres questions sont encore régulièrement soulevées quand il s'agit de toxicomanie : les alcooliques présentent-ils une organisation psychique différente de celle des héroïnomanes ? Peuvent-ils être considérés comme des toxicomanes ? Je ferai immédiatement deux

remarques. La première, c'est qu'il ne faut pas réduire la toxico-manie à l'héroïnomanie car, après tout, boire de l'alcool comme un trou, c'est aussi une manie de s'intoxiquer. La seconde, c'est que ce n'est pas le toxique qui fait le toxicomane mais la manie avec laquelle celui-ci s'attache à celui-là. Qu'il s'agisse d'un héroïnomane ou d'un grand alcoolique, ce sont toujours le problème de la séparation, les avatars du besoin pulsionnel *m*, les exigences démesurées de la tendance à l'accrochage (*m+*) ou au décrochage (*m-*), qui tourmentent notre homme. L'héroïnomane et l'alcoolique ont, en tout cas, en commun ce problème de base (vecteur *C*), problème basal certes susceptible de se compliquer par l'intrication de problématiques relevant d'autres niveaux (vecteur *S* : rapport à l'Objet; vecteur *P* : rapport à la Loi; vecteur *Sch* : rapport à Soi). Ce qui peut éventuellement différer entre certains alcooliques et certains héroïnomanes, ce sont ces intrications, ainsi que la manière dont ils se rapportent au problème basal de la séparation et les tentatives de solution qu'ils élaborent à partir de leurs organisations psychopulsionnelles spécifiques. L'on verra par la suite qu'il n'existe certainement pas de lien linéaire et nécessaire entre une structure psychique déterminée et un type de produit (à la fois molécule chimique et *pharmakon* socialement et culturellement chargé de sens).

Si l'on conçoit les choses en terme de circularité, on pourrait faire l'hypothèse qu'une certaine disposition bio-psycho-sociale privilégie le rapport à un certain type de produit, devenu bien de consommation et par là signifiant pour le sujet, ce produit, en retour, accentuant certains traits de la structure mentale qui y avait prédisposé.

Toujours est-il qu'une telle question (celle de la distinction à opérer entre héroïnomanes et alcooliques) est soulevée par le clinicien qui sent très vite que des différences existent, dans le "contact" et dans la manière d'être au monde, entre ces types de toxicomanes. Cela, il ne faut pas le dénier. Ce que j'affirme ici, c'est qu'il n'y a pas de lien direct entre une structure psychique déterminée et le recours à un produit donné (ni dans un sens, ni dans l'autre).

Nous allons maintenant examiner un échantillon de protocoles szondiens de toxicomanes. Il se compose de 19 tests qui ne comportent pas tous 10 profils (de 6 à 13 profils). Cet échantillon totalise 168 profils. Il se compose de quatre sous-groupes : celui des toxicomanes plutôt **schizoïdes**, celui des toxicomanes plutôt **névrosés**, celui des toxicomanes plutôt **pervers**, et celui des toxicomanes plutôt **psychopathes**. Je me suis rendu compte que ces différents types de structures existaient dans les tests de toxicomanes, indépendamment du produit qu'ils consommaient. J'ai sélectionné, sur base de critère uniquement testologiques, les tests les plus marquants parmi un ensemble de plus de 150 tests. Ce faisant, mon objectif principal est de montrer qu'il existe bien une toxicomanie essentielle et d'en préciser testologiquement, c'est-à-dire sur le plan de l'organisation psychopulsionnelle, les caractéristiques propres.

B. DESCRIPTION TESTOLOGIQUE

I. Description du premier sous-groupe : sujet toxicomanes dont la structure psychopulsionnelle est plutôt schizoïde.

Ce sous-groupe comporte 5 sujets, trois femmes et deux hommes et il totalise 50 profils du Szondi-Test. Sujet 1 : femme consommant des médicaments et de l'alcool. Sujet 2 : homme alcoolique souffrant également d'asthme. Sujet 3 : homme héroïnomanes. Sujet 4 : femme médicamenteuse. Sujet 5 : femme consommant des médicament et de l'alcool.

Chez ces sujets, la position inflative $p+$ est constante et souvent hypertendue, cela pouvant aller jusqu'à trois accentuations. Elle semble être le pivot de l'organisation psychopathologique d'ensemble à l'avant-plan du test. Dans les vecteurs du Contact, Sexuel et Paroxysmal, on constate que les positions quatrièmes des circuits pulsionnels ($m-$, $h-$, $e+$) se retrouvent toujours. D'une manière générale, dans le Contact, la position $m+$ n'arrive pas à s'imposer. Souvent, quand elle se présente, elle se combine avec $m-$ au sein de l'ambivalence ou encore elle cède la place au fil du temps à $m-$ ou à $m o$.

Concernant le vecteur Paroxysmal, chez le sujet 1, la position $e+$ apparaît 9 fois sur les 12 profils mais elle apparaît également chez les autres sujets, notamment chez le sujet 2 (la femme médicamenteuse) dans 5 profils sur 8 et chez le sujet 4 (la femme alcoolique et médicamenteuse) où $e+$, souvent incluse dans l'ambivalence ($e \pm$), survient 7 fois sur 8.

Concernant le vecteur Sexuel, le sujet 4 présente 9 fois sur 10 la position $h-$ qui se trouve par trois fois accentuée. Cette position est présente chez 4 sujets sur 5 (le sujet 3 ne présentant que du $h0$) et elle s'accroît au moins une fois.

Les positions $h-$ et $e+$ restent bien présentes à l'arrière-plan. On retrouve chez tous ces sujets, en VGP ou en EKP, la conjoncture pulsionnelle $p+, d o-, m-$. Le sujet 8 présente au profil 8 de l'arrière-plan le "bloc d'irréalité psychotique" ($p-d-m-$). Précisons que $h-$ est souvent associée à ces constellations.

Pour ce qui concerne les vecteurs centraux, à l'avant-plan comme à l'arrière-plan, ni $hy-$, ni $k-$ ne sont ici en proportion élevée. Certes, le sujet 1 présente 11 $hy-$ sur 13 (en VPG) mais la prévalence de cette tendance "morale" à la dissimulation, loin de contrer l'inflation $p+$, va sans doute dans le droit fil de la forte domination du clivage $Sch0+$ (9 profils sur 13) qui signe la dimension paranoïde du protocole. Par ailleurs, $k-$ survient 6 fois sur 8 profils (en VPG) dans le cas du sujet 3 mais, ici aussi, c'est pour renforcer $p+$ dans le clivage $Sch-+$ (!!) (qu'on retrouve dans 6 profils sur 8). Ces tendances $hy-$ et $k-$ (quand elles dominent), au lieu d'être défensives, font plutôt le jeu de la paranoïdie.

A l'arrière-plan du Moi, la réaction compulsive $k\pm$ est régulièrement présente, côtoyant $k+$ chez 4 de nos sujets et $k-$ chez le cinquième (l'alcoolique asthmatique qui ne présente que 2 fois la soupape $e0$ sur 11 profils).

Pour conclure, disons que la position **p+** constitue l'axe organisateur de la structure pulsionnelle, qu'elle coexiste avec de nombreuses positions quatrièmes dans les autres vecteurs, que les tentatives de défense mises sur pied par les facteurs centraux **e**, **hy**, **k**, sont trop labiles dans leur déroulement et apparaissent comme "friables". Enfin, la coupure du contact demeure une menace constante.

Deux autres points d'importance méritent d'être soulignés : à l'examen des protocoles, on remarque chez tous les sujets des troubles du facteur **k** et du vecteur **Contact**. Chez le sujet 1, le facteur **k** est quasiment vide (**k0** en VGP) et la tendance dépressive **d-** est constante à l'avant-plan et à l'arrière-plan. En VGP, des accentuations apparaissent en **d-** (par 2 fois) ainsi qu'en **m+** (par trois fois). Chez le sujet 2, le facteur **k** est labile en VGP, le facteur **m** est constamment déstabilisé en VGP et en EKP et, à l'arrière-plan, on assiste au passage de **d-!** à **d+!**. Le sujet 3, à l'avant-plan, présente un **k-** stable associé à **p+!**, cédant parfois la place à la compulsion **k±**, tandis que la tendance dépressive est constante en VGP et en EKP. Chez le sujet 4, le facteur **k** témoigne d'un travail d'introjection (**k+**) et de compulsion (**k±**) qui échoue à contenir l'inflation galopante (**Sch+++!** au profil 1). Quant au **Contact**, il semble déstabilisé en permanence dans le facteur **m**, seule la tendance **d-** parvient à se maintenir (fonction de blocage du **d-**). Le sujet 5 se cantonne dans le **k0** et le **m-** à l'avant-plan (dimension hypomaniaque repérable dans sa manière d'être) avec, à l'arrière-plan, des flux et reflux contactuels : **C±** suivi de **C+** et **C+** (hypomanie constante recouvrant des renversements thymiques plus profonds).

Les troubles du facteur **k** ("défaut de l'introjection") sont associés à des troubles dépressifs (**d**) et/ou maniaques (**m**). Chez nos 19 toxicomanes, quel que soit le sous-groupe auquel ils appartiennent, on retrouve un trouble du facteur **k** associé à un trouble du vecteur **C**, ainsi que l'avait déjà fait remarquer Szondi.

Outre le rapport **k/C**, le deuxième point à souligner ici, c'est que le profil du fonctionnement toxicomaniaque (cf. partie D du présent texte) survient épisodiquement chez deux de nos sujets schizoïdes, à savoir :

chez le sujet 1, dans les profils 1 et 2 :

S0± P+! **Sch00 C+**

S++ P0! **Sch00 C+**

chez le sujet 5, dans le profil 10 :

S-+! P+- **Sch00 C±!**

Ces trois éléments : a) le trouble du facteur **k** associé à b) une thymopathie, ainsi que c) l'apparition épisodique du profil du fonctionnement toxicomaniaque, sont fréquemment observés dans l'organisation psychopulsionnelle des toxicomanes, quels que soient par ailleurs les

types de structures psychiques (psychotique, névrotique, perverse, psychopathique) dans lesquelles ces trois éléments s'insèrent.

Dans la partie C de notre étude, lorsque nous reviendrons sur la teneur des différents sous-groupes, nous aborderons brièvement ce qu'il en est de la fonction du produit en rapport avec les différents types de structures psychiques. Dans la partie conclusive E, nous résumerons ce qu'il en est du rapport entre k et C.

II. Description du second sous-groupe : sujets toxicomanes dont la structure psychopulsionnelle est plutôt névrotique.

Ce sous-groupe compte 6 sujets. Il totalise 36 profils au Szondi-Test. Le sujet 6 est un héroïnomane. Le sujet 7, un alcoolique. Le sujet 8, un alcoolique. Le sujet 9, une femme héroïnomane. Le sujet 10, un polytoxicomane. Le sujet 11, un héroïnomane.

Alors que chez les toxicomanes schizoïdes l'organisation psychopulsionnelle ne se structure pas de manière évidente à partir de l'impératif de se défendre contre l'inflation paranoïde, chez les toxicomanes névrosés, au contraire, le protocole testologique se lit d'emblée en terme de défense du Centre (P-Sch) contre les exigences de la Périphérie (C-S).

Chez tous les sujets, les tendances $m+(!)$ dans le Contact et $h+(!)$ dans le Sexuel s'imposent nettement sauf chez le sujet 10 (polytoxicomane) qui ventile beaucoup son vecteur S (on y trouve cependant un $h+!$). Dans le vecteur Paroxysmal, $e0$ se retrouve régulièrement et $hy-$ apparaît de manière massive. La fonction $k-$ semble directrice du vecteur du Moi. Le facteur paranoïde présente quant à lui du $p+$, accentué ou non, avec une certaine constance, ou bien il apparaît labile. Toujours est-il que la constellation pulsionnelle la plus caractéristique de ces sujets est l'association des tendances défensives centrales : $hy-$ (répression des affects) et $k-$ (négation du Moi).

Les troisièmes positions (légalistes) dominant donc dans les vecteurs centraux P et Sch et, dans le vecteur Sexuel, la position masochiste $s-$ n'arrive jamais à s'imposer de manière claire et décisive. A examiner attentivement le déroulement vectoriel de chacun de ces sujets, on en retire le sentiment que la troisième position $s+$, quand elle n'est pas majoritaire (c'est le cas chez 3 sujets sur 6 - sujets 7, 8 et 10), opère néanmoins des intrusions épisodiques qui la rendent d'autant plus remarquable et lourde de sens.

Quant à l'arrière-plan empirique, il n'offre pas à première vue des traits de structure constante. Disons que la tendance $k-$ n'y est pas rare du tout.

Le profil du fonctionnement toxicomaniaque survient soudainement au milieu du protocole du sujet 9, dans le profil n°5 de la femme héroïnomane : $S++ P0- Sch00 C-+!$. Ce sujet présente pourtant un protocole de test assez rigide et névrotique où le $k-$ et le $hy-$ sont fidèles au rendez-vous. Cependant, il est à noter que la tendance toxicomaniaque $m+$ se trouve accentuée 7 fois sur 9.

Le **sujet 8** (homme arabe, alcoolique) accentue certes lui aussi $m+$ mais également $h+(!)(!!)$ 6 fois sur 8, cette tendance se trouvant inscrite dans le clivage sexuel féminin $S+-$ (peut-on parler chez cet alcoolique d'une propension réfrénée à l'inversion sexuelle ?).

Pour ce qui concerne les **troubles de l'humeur**, nous dirons qu'ils sont bien présents dans ce sous-groupe de névrosés. Chez le **sujet 6** (héroïnomane), le clivage $C+$ est quasiment constant en VGP comme en EKP et, en d , l'on trouve deux $d-$ à l'avant-plan. Cependant, c'est la tendance $hy-$, inamovible à l'avant-plan, qui présente le plus d'accentuations. La stase du clivage diagonal incestueux du Contact à l'avant-plan montre une inertie, une impossibilité de se dégager du cocon familial pour voler de ses propres ailes, ce blocage dépressif étant renforcé par l'insistance des tendances répressives $hy-k-$. Le **sujet 7** (alcoolique) présente quant à lui de très nombreuses accentuations tout au long du facteur m dominé totalement par l'impérialisme de $m+$ en VGP. Ici, c'est le versant maniaque de l'humeur, au sens de la "Sucht", qui se trouve être en souffrance. Le **sujet 8** (alcoolique) montre un $d-$ et un $m+$ permanents, souvent accentués, en VGP et en EKP, quoique la dimension dépressive semble l'emporter ici en intensité ($C-!+$, par exemple). On peut faire quasiment la même constatation pour le **sujet 9** (femme héroïnomane) et le **sujet 10** (homme polytoxicomane). Enfin, le **sujet 11** (homme héroïnomane) présente une configuration singulière : à l'avant-plan, il accentue plutôt $m+$ ($C-+!$, $C0+!$), l'aspect "suchtig" ressort, alors qu'à l'arrière-plan apparaissent des signes de dépression agitée (alternance $d+!/d-$ et $d-/d+$ par deux fois).

Ces sujets se sentent "bloqués", se déclarent "bloqués", tout en étant incapables de se représenter de quel borborygme il s'agit pour eux de se dégager. C'est là un des effets de la persistance de la tendance $k-$, du trouble du facteur k , qui empêche chez eux le travail des représentations et de la perlaboration. Le clivage $Sch-0$ apparaît d'ailleurs plusieurs fois chez tous ces sujets, sans exception (5 fois sur 7 profils chez le **sujet 10**, l'homme polytoxicomane).

III. Description du troisième sous-groupe : sujets toxicomanes dont la structure psychopulsionnelle est plutôt perverse.

Ce sous-groupe ne comporte que trois sujets. Il ne rassemble que 25 profils. Sur plus de 150 tests de toxicomanes, je n'en ai trouvé que trois à l'allure nettement perverse. Ce n'est pas un hasard et cela peut se comprendre facilement. Les toxicomanes vraiment pervers se débrouillent bien. Souvent, ce sont des dealers. Ils maîtrisent leur situation et leurs prises de produit. Ce sont de petits "maîtres à drogues". Par contre, les sujets qui ont recours à une institution de soin résidentielle et spécialisée comme le Solbosch sont des individus qui ne sont plus en mesure de bénéficier d'un traitement ambulatoire, ils ne savent plus se tenir par eux-mêmes ni marcher seuls et ont besoin d'un encadrement thérapeutique solide (une prothèse contactuelle). Aussi, je me garderai bien de voir dans les trois sujets du présent sous-groupe des pervers qualifiés. Ce sont moins là de vrais pervers qui se droguent que des toxicomanes dont la structure psychique

dessine des "traits" pervers. Ces traits pervers ont peut-être seulement émergé au fil de la cure, après sevrage et abstinence, alors qu'auparavant, quand ils étaient sous produit, leur Moi s'était dilué par immersion dans le grouillement des prises.

Ce sous-groupe réunit un héroïnomanie (sujet 12), un cocaïnomanie (sujet 13) et un polytoxicomanie (sujet 14).

La position $k+$ domine le vecteur du Moi à l'avant-plan, soit au sein de $Sch+0$ (chez les sujets 12 et 13) soit dans des configurations polymorphes $Sch+ -, ++,+0$ (chez le sujet 14, polytoxicomanie). Pour ce qui a trait au vecteur Paroxysmal, $hy+$ s'affirme en VGP chez le sujet 14; $hy\pm$ et $hy+$ se font remarquer chez le sujet 12; $hy-$ s'impose chez le sujet 13. La position deuxième, perverse-sexuelle, du circuit Paroxysmal ($hy+$) est bien représentée dans le présent sous-groupe. Ce dernier ne montre pas de cohérence interne pour ce qui concerne le facteur e à l'avant-plan. Ce facteur apparaît ici comme labile. Cependant, à l'arrière-plan, il en va autrement : chez le sujet 12 (héroïnomanie) : un $e+!!$ (ou $e+$ intégré en $e\pm$, au total 5 $e+$ sur 10 profils) puis un renversement en $e-(!)$ ($e-$ apparaissant 5 fois sur 10 profils, intégré ou non dans l'ambivalence $e\pm$); chez le sujet 13 (cocaïnomanie), $e+$ apparaît 6 fois sur 7 profils (soit "pur", soit en $e\pm$); chez le sujet 14 (polytoxicomanie), 6 $e+$ "purs" sur 8 profils. La préoccupation éthique, avec son ambivalence et ses renversements, est donc bien vivace chez ces sujets mais en tant que contenue à l'arrière-plan de la vie pulsionnelle. Quant au vecteur Sexuel, il est nettement marqué par le masochisme accentué ($s-!$) chez le polytoxicomanie ($S0-!!$, $S+-!$, avec 8 $s-$ sur 8 profils) et chez l'héroïnomanie ($s-$: 8 profils sur 10), tandis que le sujet cocaïnomanie opte pour le sado-masochisme de la séduction pure : $S0\pm$.

Quant aux troubles de l'humeur, on trouve chez le polytoxicomanie du $m-$ constant à l'avant-plan comme à l'arrière-plan avec, en d ($d0$, $d+$ en VGP, $d\pm$, $-$, 0 , $+$ en EKP), une variabilité qui trahit peut-être les mouvements d'une dépressivité recouverte par l'allure hypomaniaque du Contact. Les deux autres sujets accentuent fortement $m+$ et $d-$ à l'avant-plan. L'importance en quantité et en intensité du $d-$, de la position dépressive, apparaît davantage encore, tant à l'avant-plan qu'à l'arrière-plan, chez l'héroïnomanie.

La position $k+$, le déni, a ici pour fonction de maintenir coûte que coûte (fût-ce au prix d'une souffrance insupportable préservant la jouissance de la mère) l'existence d'un scénario familial dans lequel le toxicomanie joue le rôle de la victime, du sacrifié, ou du séducteur éternellement mélancolisé, prenant sur lui la souffrance de la famille pour la démentir et la désavouer. Il y a chez ces sujets "trop" d'introjection : tel est le trouble du facteur k . L'objectif de l'appareil photo s'est bloqué et ne cesse pas de toujours répéter la même prise de vue traumatique qui pénètre le photographe, lui fait mal et le fait jouir. Nous y reviendrons lorsque nous parlerons de la fonction du produit.

Bref, les deuxièmes positions des circuits (positions sexuelles) sont fréquentes dans le présent sous-groupe : $d-(!)$, $s-$ accentué ou inclus dans l'ambivalence ($s\pm$), $hy+$ (ou $hy\pm$) et enfin $k+$.

Quant au profil du fonctionnement toxicomaniaque, il survient par deux fois dans les profils 1 et 2 d'avant-plan du sujet 13 (cocaïnomanie) :

1. S++ P±- Sch00 C-+ / 2. S++ P-! - Sch00 C-!+!

IV. Description du quatrième sous-groupe : sujets toxicomanes dont la structure psychopulsionnelle est plutôt psychopathique.

Ce sous-groupe rassemble 6 sujets masculins. Il totalise 57 profils. Le sujet 14 est héroïnomanie. Le sujet 15, héroïnomanie; il s'est suicidé en juin 92 par surdose d'héroïne (il avait quitté le Centre de cure en mars 90). Le sujet 16 est héroïnomanie, il a passé deux ans en prison. Le sujet 17 est héroïnomanie, d'origine sarde. Le sujet 18 est héroïnomanie, il est décédé d'overdose en septembre 91. Le sujet 19 est un héroïnomanie et polytoxicomanie ayant fait trois ans de prison; il a, durant sa cure, été gravement victime d'un accident : il fut renversé, une nuit, par une voiture alors qu'il était saoul; il en est sorti traumatisé, défiguré, après un coma, et il en garde de nombreuses séquelles neurologiques.

Tous ces sujets ont effectué un long séjour au Solbosch allant de plusieurs mois à deux ans.

Peut-on dégager des traits de structure propres au groupe ? Nous dirons tout d'abord que dans le facteur m , $m+$ tend à s'imposer à l'avant-plan chez ces sujets avec des accentuations. L'ambivalence $m±$ n'est pas rare cependant. La tendance $m-$ apparaît plutôt à l'arrière-plan quand elle survient. Les cas de figure précédemment décrits, relatifs aux autres sous-groupes pour ce qui touche à la dimension dépressive à l'avant et/ou à l'arrière-plan, concernant soit la dépressivité d'inertie ($d-(!)$), soit l'agitée (d variable) demeurent en gros valable ici. A l'arrière-plan, on retrouve cependant de manière plus affirmée des renversements brutaux comme le passage de $m+(!)$ à $m-(!)$, des changements en miroir : $C+- / C-+ / C+-$ (sujet 16) ou $d-/d+/d-/d+!$ (sujet 19), ou encore $d-/d0/d-/d0/d-/d0/d-$ (sujet 18). Le contact s'efforce de "prendre" ($m+$) mais la tempête (renversements de tendances) et le lâchage ($m-$) menacent la prise de contact toujours fragile. Souvent le vecteur Sexuel est polymorphe, labile, instable (chez 4 sujets sur 6), il ne sait pas "sur quel pied danser". Au niveau du vecteur Paroxysmal (VGP), chez ces sujets, le facteur e varie mais, en hy , la position $hy-$ tend à s'installer plus ou moins nettement. Pour ce qui concerne le vecteur du Moi, une forte cohérence interne semble caractériser ce groupe. Dans le facteur k , le ko l'emporte de manière impressionnante à l'avant-plan. Les positions à l'intérieur du facteur paranoïde varient, à la différence de ce qui se passait chez les toxicomanes schizoïdes qui, à côté d'un $k0$ éventuellement continu, maintenaient la prégnance du $p+$ (de l'inflation). Dans la labilité du facteur p des toxicomanes psychopathes, la projection $p-$ peut apparaître par endroit et succéder à l'inflation épisodique.

Le clivage Sch00 (perte du Moi, déconnexion du Moi) prend ici des proportions phénoménales, plus que dans les autres sous-groupes. La fréquence du clivage Sch00 atteint, dans

la population pathologique générale (toutes pathologies psychiatriques confondues), seulement 5%. Or ici, qu'observons-nous ? Sujet 14 : 67% (4/6). Sujet 15 : 33% (3/9). Sujet 16 : pas de Sch00 mais un Moi informe, déliquescent, fonctionnant par bribes et morceaux. Sujet 17 : 25% (3/12). Sujet 18 : 25% (3/12). Sujet 19 : 11% (1/9). Le taux de Sch00 est donc énormément élevé chez ces sujets et dans l'ensemble du groupe.

En outre, chez 5 sujets sur 6 (exception faite pour le sujet 16 qui est davantage, à mon sens, un psychopathe qui se drogue qu'un toxicomane psychopathe), le profil du fonctionnement toxicomane apparaît au moins une fois dans les déroulements vectoriels. Pour l'ensemble du sous-groupe, la fréquence du profil toxicomane s'élève à 23% (soit une occurrence de 13 fois sur 57 profils), ce qui est remarquable.

C. AUTRES CONSIDERATIONS SUR LES SOUS-GROUPES

1. Le sous-groupe des "schizoïdes"

Ces toxicomanes ne sont pas des psychotiques qui se droguent.

Ils sont venus se plaindre d'un problème de toxicomanie et n'ont pas d'antécédents psychiatriques. Mais, une fois qu'ils sont devenus abstinents, on voit apparaître dans leur Szondi-Test des traits schizoïdes : prédominance d'une position inflationnante p+(!!!) hypertendue et présence fréquente des positions quatrièmes. Ils sont possédés par un Idéal du Moi cruel et écrasant qui les persécute et dont ils n'arrivent pas à satisfaire les exigences. Ils retombent toujours de haut et se considèrent comme étant "en-dessous de tout" (ils se **dépriment** en éprouvant une déchéance de soi dans le désespoir). Ils n'arrivent pas à exister dans ce corps qui les empêche de se hisser au-delà d'eux-mêmes (h-, p+, d0, m-) et dans lequel ils retombent toujours (une femme médicamenteuse et alcoolique de sous-groupe (sujet 3) présente 5 S00 sur 8 profils). Ces sujets sont à la fois séparés de leur Idéal (Scho+), de leur corps (h-), et mal ancrés dans le monde (m-). Le facteur k montre une incapacité à "contenir" l'inflation, à lui "donner corps", à l'investir concrètement dans le monde. Ils n'arrivent pas à incorporer l'inflation pour la traduire dans des comportements et des réalisations objectives à travers lesquelles ils se réaliseraient eux-mêmes. Etant donné leurs difficultés contactuelles (vecteur C), ils ne savent pas sur quoi s'appuyer pour se lancer dans la vie (faible proportion de m+). Ils ne font pas l'épreuve de la castration symbolique qu'implique toute concrétisation d'un rêve ou d'un projet créateur. La fonction de la prise de produit consiste ici à pouvoir prendre corps en incorporant une substance qui vient éteindre ou calmer provisoirement l'inflation en la satisfaisant sur le seul plan de l'imaginaire et de la pensée. Leur toxicomanie est une défense contre la dissociation qui menace.

2. Le sous-groupe des "névrosés"

Chez eux, la fonction du produit est de "faire sauter" les défenses paroxysmales et moïques de la répression (hy-) et de la négation (k-), de libérer la personne de son auto-censure (leurs protocoles sont assez rigides). Ils espèrent par là pouvoir satisfaire les exigences de la **Périphérie** (m+! : besoin de se sentir accepté sans condition et h+! : besoin de se sentir aimé d'un amour exclusif). **Ce qu'ils n'arrivent pas à introjecter, c'est le "bon objet" qui leur rendrait l'estime d'eux-mêmes et qui leur permettrait de se sentir enfin dignes d'amour.** Cet objet est absent (et non pas perdu). Quant aux objets anciens ou actuels, auxquels ils restent irrémédiablement attachés, ils se sont révélés insatisfaisants ou dangereux parce que marqués du sceau de l'inceste. La **dépressivité** des sujets de ce sous-groupe provient sans doute de leur **renoncement à la quête du "bon objet" qui les (re)narcissiserait et de leur attachement (m+) ou collage (d-) aux objets anciens et/ou actuels insatisfaisants.** La prise de produit n'est pas tant chez eux un symptôme qu'un moyen de déblocage pour l'expression de leurs affects. Mais ces toxicomanes névrosés prennent également du produit parce que la douleur psychique engendrée par l'insatisfaction du m+ au niveau du Contact ne peut faire l'objet d'aucune perlaboration mentale (étant donné la nature de la douleur et étant donné aussi le travail chez eux de la négation k-).

3. Le sous-groupe des "pervers"

Ils sont figés, pris dans un scénario auquel ils tiennent, bien que ce jeu les fasse souffrir (Sch+0, S0-!, S0±, d-!). Le rôle qu'ils jouent est celui de quelqu'un qui se sacrifie, qui prend sur lui toute la souffrance véhiculée dans la famille, afin de sauvegarder le fantasme de la famille unie et bonne, dans laquelle tout le monde va bien, à l'exception de cet enfant toxicomane... Un non-dit majeur règne souvent dans la famille : il n'est pas rare en effet que le père se soit sacrifié à la jouissance de la mère phallique toute-puissante (par exemple, il a sacrifié sa carrière "par amour" pour sa femme et renié sa vocation artistique). Le toxicomane va alors introjecter cette part du père pour le soulager, il se sacrifie à sa place et comme lui, sauvegarde le non-dit et préserve la jouissance de la mère. **La fonction de la prise de produit est ici double, ambiguë, de l'ordre du déni : montrer ce qui ne peut être dit, le dénoncer tout en maintenant la situation en l'état, répéter et perpétuer le scénario écrit par un autre et dont il accepte d'être à la fois l'acteur et le spectateur.** La **dépressivité** prend ici le sens, comme dans le sous-groupe des "névrosés", d'un **attachement/détachement impossible**; à cela s'ajoute ici le fait que le **travail de deuil s'enlise** et ne peut être liquidé une bonne fois pour toutes (k+ nous met sur la voie d'une sorte de mélancolisation perpétuelle de ces sujets).

4. Le sous-groupe des "psychopathes"

Chez ces sujets, le Moi apparaît comme vide, déliquescent, informe, "troué", sans teneur propre. Les possibilités d'individuation font gravement défaut. C'est comme s'ils n'avaient pas de contenance propre, comme si le "pare-excitation" (Freud) ne remplissait plus sa fonction. L'abondance du clivage du Moi Sch00 témoigne de cette catastrophe narcissique. Le Moi cherche à s'appuyer sur son support contactuel, à s'y mimer lui-même à la manière d'un caméléon. Malheureusement, ce support ne tient pas : l'humeur est trop fluctuante (renversements brutaux dans le facteur C et le facteur d en EKP); le Contact est en permanence déstabilisé, bouleversé, et ses positions, fragilement établies, sont renversées. **La fonction de la prise de produit est ici d'être une prothèse pour le Contact et pour le Moi, de leur servir de support, de suppléer au défaut de base et d'introjection.** Ces sujets n'arrivent pas à introjecter une teneur propre (k0) dans la mesure où ils ne sauraient la puiser dans aucune tenue qui tienne (la position m+ est sans cesse menacée de disparaître). Quant à la dépressivité de ces sujets (dans le cas où se présente le clivage C-/+), elle est sans doute à comprendre dans le fil de ce que Freud entendait par "Hilflosigkeit", cette détresse primordiale du nourrisson d'"être sans secours", sans sol fiable, et de tomber dans le trou du besoin. Il ne s'agit pas ici de l'humeur d'un deuil impossible à faire parce que son objet serait trop là. C'est plutôt, pour employer une image, la détresse du naufragé qui dérive, "collé" à un radeau (le pare-excitation) qui prend l'eau (les exigences pulsionnelles) de toutes parts.

D. LE PROFIL DU FONCTIONNEMENT TOXICOMANIAQUE

Avant de conclure, j'aimerais faire quelques considérations sur ce profil. Il apparaît épisodiquement à l'avant-plan (VGP) des protocoles de toxicomanes, rarement de façon chronique. On l'observe juste après ou juste avant une rechute. Il signifie que la personne ressent une vive appétence psychique actuelle pour le produit. Dans l'échantillon que nous avons examiné, j'ai relevé 20 profils de ce type :

sous-groupe	sujet	S	P	SCH	C	Profil	Nombre de profils
Schizoïde	1	0±	+ -!	00	- +	1	13
		++	0 -!	00	- +	2	13
	5	- +!	+ -	00	± -!	10	11
Névrosé	9	++	0 -	00	- +!	5	10
Pervers	13	++	± -	00	- +	1	7
		++	-! -	00	-! +!	2	7
Psychopathe	14	0+	± ±	00	-! +	3	6
		-! ±	--	00	- +!!	4	6
		++	± ±	00	-! +!	5	6
		0±	+ -	00	-! +	6	6
	15	+ -	± -	00	- +!	1	9
		- +	0 -!	00	- +!	4	9
		++	± ±	00	-! +!	8	9
	17	- +	0 -	00	- ± (m+!)	5	12
		- +	--	00	0 ± (m+!)	8	12
		± 0	+ 0	00	0 ± (m+!)	9	12
18	± ±	± -	00	0 +!	3	12	
	- +	+! -	00	- +!!	5	12	
	- ±	0 -!	00	- +	12	12	
19	++		00	± ±	6	9	

Souvent, une tension se manifeste surtout dans le Contact ou dans les vecteurs S ou P ; ou bien apparaît une ambivalence, un noeud, un dilemme (tritendance ou quadritendance), qui se révèle intolérable. Le Moi ne peut les reprendre à son compte pour les "métaboliser" (les perlaborer, les penser, les lier). Le corps devient un nid de noeuds. Il sert de pare-excitation. Il engrange des douleurs. Le Moi alors "déconnecte", se dissout, s'absente (Sch00). Il est probable que les tensions dans le Contact correspondent à une douleur psychique insupportable qui ne saurait

être "réduite" par la pensée, douleur liée au problème de la séparation auquel tout toxicomane se trouve confronté. Le profil du fonctionnement toxicomaniaque peut survenir à n'importe quel moment d'un protocole testologique. Il renvoie à un processus psychique de "déconnexion" du Moi : plus rien ne s'inscrit sur la surface de l'appareil psychique qui connaît alors un "blanc", plus rien ne fait trace (cf. Lekeuche, "Vers une métapsychologie du toxicomaniaque")¹. Cependant, ce processus de déconnexion ne débouche pas inexorablement sur une prise de produit.

Chez les toxicomanes, ce profil peut survenir quel que soit le type de structure psychique en cause. Notre étude montre qu'il apparaît aussi bien chez les toxicomane "schizoïdes" que chez les "névrosés" ou les "pervers". Il est nettement plus fréquent chez les toxicomanes "psychopathes". Sa seule apparition dans un protocole de toxicomane ne suffit pas pour poser le diagnostic de "toxicomanie essentielle". Pour ce faire, ce profil est a) nécessaire mais non suffisant. Il faut en plus b) que le sujet présente une organisation psychopulsionnelle psychopathique et c) que l'on repère chez lui la triade des signes pathognomoniques évoquées au début de cette étude.

Lorsque ce profil surgit dans le test d'un sujet qui ne connaît aucun problème de toxicomanie, cela signifie que, chez cette personne, ce qui prime pour l'instant, c'est la satisfaction d'un besoin pulsionnel urgent, ou c'est de trouver la solution à un dilemme qui la presse, mais que, devant l'impossibilité où il se trouve de résoudre ce problème actuel, le Moi choisit de se "déconnecter".

E. POUR CONCLURE

Il me semble donc légitime de parler d'une toxicomanie essentielle. Elle se caractérise sur le plan clinique par la triade pathognomonique suivant : répétition-intensification / déconnexion / autophagie de la prothèse. L'organisation du sujet s'avère en outre psychopathique. Pour qu'on puisse parler de toxicomanie essentielle, il est également nécessaire que survienne au moins une fois, dans un protocole de dix passations du Szondi-Test, le "profil du fonctionnement toxicomaniaque". Si cette troisième condition n'est pas réalisée, et si la triade caractéristique ne peut être observée sur le plan clinique, l'on ne peut parler de toxicomanie essentielle, même si la structure psychique du sujet est psychopathique. On a alors affaire non pas à un toxicomane essentiel mais à un psychopathe qui se drogue. Cette différence est subtile mais non moins réelle. Il ne me revient pas de la creuser ici avec toutes ses implications théoriques pour la compréhension du trouble toxicomaniaque.²

¹ Anthro-Logiques 4, Peeters, Louvain-la-Neuve, 1992

² Le toxicomane essentiel occupe des positions pulsionnelles plus archaïques que le psychopathe. Ce dernier est souvent un manipulateur d'objets. Il est polymaniaque. Il soutient mieux une stratégie de maîtrise vis-à-vis de ses manies. Il canalise son agression vers ses objets externes.

Il apparaît aussi qu'une toxicomanie essentielle repose sur une organisation psychopulsionnelle **permanente** qui plonge ses racines en profondeur dans l'histoire de l'individu. Autrement dit, elle n'est pas "fabriquée" à un moment donné par la quantité de produit ingéré. Ce n'est jamais la gravité d'un tableau clinique momentané qui décide du diagnostic de toxicomanie essentielle. Quelqu'un peut très bien être un grand buveur, ingérer régulièrement d'énormes quantités d'alcool, sans être pour autant un alcoolique essentiel. Que le Moi ait sombré dans la toxicomanie en cours, les prises de produit étant phénoménales, cela n'est pas un critère suffisant pour parler de toxicomanie essentielle. En poussant les choses un peu loin, on pourrait imaginer qu'il existe des personnes dont l'organisation psychopulsionnelle soit celle que l'on rencontre chez les toxicomanes essentiels sans que ces personnes ne consomment exagérément de la drogue, de l'alcool ou des médicaments. C'est sans doute qu'elles trouvent d'autres "produits" à consommer qui leur servent de prothèse du Moi et du Contact. Elles s'y dissolvent. On trouve chez Szondi des formulations qui vont déjà dans ce sens. Les protocoles szondiens prélevés au Solbosch, et qui montrent une organisation psychopulsionnelle évoquant celle de la toxicomanie essentielle, l'ont été auprès de **toxicomanes sevrés et abstinents**. On peut dès lors penser qu'ils manifestent la résurgence d'une structure constitutive de leur personnalité qui n'est pas la simple conséquence des prises mais qui les précédait et les appelait.

Nous espérons également avoir montré par cette brève étude qu'un même type de structure psychique peut conduire à utiliser des produits différents. Certains alcooliques, par exemple, sont sans aucun doute "schizoïdes", d'autres sont "névrosés", d'autres encore "pervers", d'autres enfin "psychopathes" et, parmi ces derniers, il s'en trouve certains qui sont des toxicomanes essentiels. On pourrait dire la même chose des héroïnomanes et des médicamenteux. Ces sujets cependant sont confrontés à une même question universelle, incontournable, qui leur confère leur qualité de toxicomanes. Ils connaissent un problème essentiel au niveau du vecteur Contact : le drame de la dialectique entre l'attachement (m+) et le détachement (m-). Ce **problème contactuel**, qui a trait à la **séparation**, entraîne une **douleur** qui ne peut être liquidée que par "**suppression toxique**" (Freud, "Le refoulement", in Métapsychologie). En effet, les processus psychiques (tels que le refoulement ou le déni) ne peuvent rien contre la douleur ressentie dans la Psyché (qui est tout ensemble "corps" et "âme"). Par ailleurs, le trouble du "facteur de travail" dans le Moi (k) ne leur permet ni de perlaborer, ni de lier ou de mettre en scène (de se représenter) les tensions ou les dilemmes psychiques, ni d'entamer ou de liquider le travail de deuil qui "réduirait" cette douleur. De là, le recours de ces personnes toxicomanes, quelle que soit leur structure mentale, à l'utilisation d'un *pharmakon*, utilisation qui ne fait pas (ou plus) symptôme (au sens du compromis) dès lors qu'elle vient justement empêcher la création de ces formations de l'inconscient.

