

LE PATIENT TOXICOMANE, LE PRODUIT ET L'ENVIRONNEMENT

Le point de vue psychodynamique

Docteur Rudy GUILLAUME

Psychiatre Responsable de l'Unité Adolescents

Hôpital Vincent Van Gogh

Psychiatre référent pour Trempline

A) L'INDIVIDU

1. Définition

Un individu désigne chaque spécimen des êtres d'une même espèce : il est unique et distinct des autres par définition.

En langage commun, un individu désigne aussi un être indéterminé, quelconque, un quidam. parmi d'autres.

La toxicomanie se situe du côté de la non différenciation : « tous les toxicomanes se ressemblent », « c'est un drogué parmi d'autres », ...

Le travail thérapeutique avec le patient toxicomane vise en grande partie à lui faire retrouver sa singularité, son individualité.

2. Construction psychique de l'individu

a) La première phase de séparation/individuation (nourrisson)

Elle fait référence à deux processus concomitants :

- ✓ Processus de séparation qui permet au nourrisson de sortir de la fusion mère/enfant. Ce processus fait appel à la création d'un espace psychique « transitionnel » où l'enfant imagine la figure maternelle absente (avec l'aide éventuelle d'un objet transitionnel).
- ✓ Le processus d'individuation par lequel le bébé se rend compte qu'il est un être à part entière, différent de sa mère. C'est le stade du miroir où le bébé se reconnaît et sourit à lui-même.

b) La deuxième phase de séparation/individuation (adolescence)

Elle fait également référence à deux processus concomitants :

- ✓ Processus de deuil de l'enfance et des parents idéaux de l'enfance. Le jeune doit se défaire, se dégager du cocon de l'enfance.
- ✓ Processus d'identification : l'adolescent recherche des sources d'identification extérieures à sa famille comme la bande, le groupe d'amis/amies ou encore l'adulte « mentor » voire la star...

3. L'individu prédisposé (à devenir toxicomane)

- a) Prédisposition génétique : elle est étayée par diverses recherches. Plusieurs particularités sur des gènes définis ont été mises en évidence chez certains toxicomanes et patients alcooliques. Nous ne les développerons pas ici.
- b) La défaillance narcissique : elle est en lien avec des carences affectives précoces et/ou des expériences traumatiques de l'enfance. Elle aboutit cliniquement à une image de soi dévalorisée, un manque de confiance en soi.
- c) L'individu en recherche de sensations (Zuckerman, 1972). Ce besoin de recherche de sensations plus fort chez certains que chez d'autres pourrait représenter un trait bio-psycho-comportemental commun à beaucoup de pathologies addictives. Plusieurs travaux ont permis de constater l'intensité de cette dimension « recherche de sensations » dans l'ensemble des comportements addictifs et chez des sujets présentant plus généralement des conduites à risque. L'analyse factorielle de cette échelle retrouve avec constance 4 facteurs :
 - ✓ Un facteur intitulé recherche de danger et d'aventures.
 - ✓ Un facteur recherche d'expériences.
 - ✓ Un facteur desinhibition.
 - ✓ Un facteur susceptibilité à l'ennui.

B) LE PRODUIT

1. L'âge de la rencontre avec le produit :

L'âge moyen de l'initiation (premier contact) est de 13 ans pour l'alcool, de 14 ans pour le tabac et de 15 ans pour le haschisch. La consommation dite « régulière » (plus de 10 fois ou presque tous les jours pour le tabac), presque toutes les semaines pour l'alcool ou le haschisch) survient en moyenne 12 à 18 mois après l'initiation.

Une initiation ou un usage régulier à un âge plus précoce que ces moyennes doit être considéré comme un facteur de haut risque.

Quant au cumul, la prise de plusieurs produits concerne plus de 50% des jeunes à partir de 17 ans. Les cumuls les plus fréquents sont, par ordre décroissant : tabac/alcool, tabac/haschisch, tabac/alcool/haschisch.

A 17 ans, 76% des filles et 75% des garçons ont expérimenté au moins +2 de ces produits, la poly consommation augmentant avec l'âge.

Entre 15 et 18 ans, la proportion des adolescents ayant une consommation régulière de plusieurs produits peut aller jusque 27%.

2. Les motivations de la rencontre avec le produit :

Les motivations conscientes verbalisées par les sujets consommant des drogues sont les suivantes

| Motivations | Au début | Après |
|---------------------------------------|-----------------|--------------|
| Curiosité | 68% | 5,3% |
| Recherche d'évasion | 32,2% | 33,9 % |
| Recherche d'effets réputés | 19,1% | 18,9% |
| Pression du groupe | 17,2% | 9,3% |
| Besoin d'assurance | 14,2% | 14,7% |
| Défit à la société | 10,3% | 7,5% |
| Meilleurs connaissance de soi | 10,5% | 7,7% |
| Recherche d'une créativité artistique | 5,7% | 7,2% |
| Augmentation de l'appétit sexuel | 1,4% | 1,4 % |
| Etat de besoin | 2,1% | 39,8 % |
| Autres motifs | 9,5% | 12,4% |

3. Les effets de la rencontre (selon les théories psychanalytiques) :

- a) Le stade du miroir brisé (Olivenstein) : « pour le futur toxicomane, il va se passer plus ou moins quelque chose d'intermédiaire entre un stade du miroir réussi et un stade du miroir impossible... » Le regard bienveillant des parents posé sur leur enfant permet à celui-ci de se regarder avec sérénité et confiance dans le miroir. Si ce regard bienveillant a manqué, le miroir « se brise » renvoyant à l'enfant une image « incomplète », dévalorisée (car n'ayant pas retenu l'attention de ses parents). « Le produit, le rôle du produit est de se placer là en lieu et place de la brisure et de l'annuler à ce moment précis. Lorsque la drogue se trouve sur le chemin de cet enfant devenu adolescent, un choc éprouvé se produit, choc au moins aussi fort que le choc de la brisure, choc associé de la reconstitution de l'unité dans le plaisir ou plus exactement de l'annulation de la brisure... Le toxicomane sera né ».

- b) Au niveau inconscient, l'expérience de deuil que constitue l'adolescence, amène à rechercher des stimuli externes porteurs de plaisir comme les drogues, ayant pour effet de supprimer le deuil même.

- c) L'apaisement des tensions. La faiblesse des mécanismes de défense contre l'angoisse entraîne une tension difficile à apaiser et parfois même intolérable. Cette tension très importante trouve dans la conduite addictive un moyen que le sujet ne peut trouver en lui-même. L'expression de « peur de peur du manque » employée par plusieurs auteurs (dont Olivenstein) convient pour en réparer la dynamique.

C) LA RELATION INDIVIDU/PRODUIT

1. L'usage

L'usage caractérise une consommation modérée, hédonique, festive, sur laquelle le sujet garde le contrôle. Très lié aux conditions sociales et culturelles, l'usage ne concerne pas le médecin et appartient à l'espace de liberté individuelle. Cette consommation est réputée n'entraîner aucun dommage physique ou psychique pour le sujet consommateur.

2. L'usage à risque

L'usage à risque est une catégorie qui décrit des sujets qui sans être déjà inscrits dans une consommation abusive ou dépendante, présentent cependant des caractéristiques, traits de comportement ou des circonstances de consommation qui contiennent déjà un risque pour le consommateur, risque immédiat ou potentiel. La notion de l'usage à risque prend en considération à la fois les caractéristiques du consommateur (par exemple enfant ou adolescent, femme enceinte, malade chronique, porteur d'une maladie sensible telle que l'asthme pour le tabac ou le haschisch), les conditions de la consommation (conduite en état d'ivresse, consommation sur les lieux interdits ou pendant le travail), les quantités consommées (selon le sexe et le produit incriminé), la manière de consommer (recherche systématique d'ivresse, de « défonce »), la nature des produits (certains produits sont considérés comme à risque dès l'expérimentation, par exemple héroïne), leur association.

3. L'abus de substances

Il s'agit d'un usage à risque qui se répète. Selon les critères du DSM-IV, on retiendra :

- ✓ critère A : mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement social ou une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
 - ✚ utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 - ✚ Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 - ✚ Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.

- ✚ Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- ✓ Critères B : les symptômes n'ont jamais atteints, pour cette classe de substances, les critères de la dépendance à une substance.

4. La dépendance

Selon les critères du DSM-IV, la dépendance se définit comme suit :

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoigne 3 ou plus des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- ✓ Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - ✚ Besoin de quantité nettement majorée de la substance pour obtenir une intoxication du fait désir.
 - ✚ Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substances.
- ✓ Évidence d'un sevrage, existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne d'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - ✚ Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - ✚ La même substance ou une substance apparentée est prise dans le but de soulager ou d'éviter des symptômes de sevrage.
 - ✚ La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
 - ✚ Un désir persistant où des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation d'une substance.
 - ✚ Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
 - ✚ D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
 - ✚ L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

5. Les conduites addictives

Les conduites addictives sont initialement limitées à la consommation d'une substance exogène. De nos jours, certains caractères cliniques comportementaux semblent communs à un ensemble de conduites élargissant la notion de conduites addictives. Cinq éléments essentiels, caractéristiques de ces conduites ont été décrits par plusieurs auteurs (Oxford, Sshneider) :

- ✓ Une compulsion à s'engager dans le comportement, c'est-à-dire une perte de la capacité de plaisir.
- ✓ Maintien du comportement malgré ses conséquences négatives.
- ✓ Une obsession concernant le comportement.
- ✓ Une culpabilité au décours.
- ✓ Une présence de symptômes de sevrage psychologique et/ou physiologique lors de l'arrêt brutal.

Cette notion de conduite addictive s'est progressivement substituée au terme de pharmacodépendance.

La notion de dépendance, ainsi élargie et affranchie de celle de pharmacodépendance, se voit actuellement étendue à des comportements dont la nature addictive semble manifeste, malgré l'absence d'usage d'un produit toxique. Ces addictions sans drogues regroupent donc les comportements alimentaires qu'ils soient anorexiques ou boulimiques, des achats compulsifs, le jeu pathologique, les addictions sexuelles, et même pour certains l'ensemble des conduites à risque.

6 ; Les modes de consommation à l'adolescence

La majorité des parcours de dépendance aux substances trouvant leur origine à l'adolescence, il apparaît logique de s'intéresser au mode de consommation à cette époque. On distingue :

a) La consommation conviviale et récréative :

Dans cette consommation, c'est l'effet euphorisant du produit qui est recherché. Elle se fait en petit groupe de copains, jamais seul, le plus souvent en fin de semaine, pendant les vacances ou les fêtes. Signalons la mode récente des rave party au cours desquelles l'utilisation en particulier d'ecstasy est connue. Le cursus scolaire (scolarité standard ou apprentissage) est maintenu, l'adolescent conservant non seulement son activité scolaire mais aussi les autres investissements sportifs, culturels, sociaux. Toutefois, un certain fléchissement des résultats scolaires est habituel.

Dans ce type de consommation, on ne retrouve pas nécessairement de facteurs de risques familiaux et les facteurs de risques individuels sont en général absents.

b) La consommation auto-thérapeutique :

C'est l'effet anxiolytique du produit qui est recherché (être cool, être bien). Cette consommation est souvent solitaire, plus régulièrement le soir dans sa chambre. Toutefois, cette consommation solitaire peut alterner avec des moments de consommation en groupe. Au plan de la scolarité, on constate en général que les premiers signes d'un décrochage scolaire et/ou d'échecs scolaires se constituent. De même l'adolescent s'éloigne souvent de ses activités habituelles (sportives, culturelles) pratiquées de façon plus irrégulière. Sa vie sociale est plutôt pauvre avec un isolement relatif.

Les facteurs de risque familiaux ne sont pas nécessairement présents. En revanche, on retrouve souvent des facteurs de risques individuels actuels ou anciens. Parmi ces facteurs de risques individuels, nous signalerons la fréquence des troubles du sommeil (difficultés importantes d'endormissement, cauchemars), troubles existants au moments de l'adolescence mais retrouvés aussi dans la petite enfance. On observe également des troubles anxieux et/ou dépressifs.

c) La consommation toxicomaniaque :

Dans cette dernière consommation, c'est l'effet anesthésie/défonce qui est recherché (la défonce : être comateux...). La consommation est à la fois solitaire et en groupe, régulière, quasi quotidienne. L'exclusion de la scolarité, des circuits de socialisation (apprentissage) est constante avec des comportements fréquents de rupture (changement incessant d'établissement, d'orientation, échecs répétés aboutissant à l'exclusion).

Au plan social, l'adolescent n'a de relation qu'avec d'autres jeunes en situation marginale et/ou de rupture. Il est fréquent et même habituel de retrouver des facteurs de risques familiaux (mésentente parentale chronique, ou au contraire atmosphère étouffante et hyper rigide, alliance pathologique entre personnes de générations différentes, un parent avec son adolescent ligué contre l'autre parent, difficultés socio-économiques majeures, manque de limites et/ou indifférence des parents). Les facteurs de risque individuels précités sont également présents mais souvent masqués par la massivité de la consommation toxicomaniaque.

D) LES MODELES PSYCHOLOGIQUES DE L'ADDICTION.

1. Modèle psychanalytique :

Pour plusieurs auteurs, il est fait référence à un **cycle** qui peut être schématisé comme suit :

- Dépression en face de la frustration.
- Première expérience de la drogue.
- Plaisir avec accroissement de l'amour proche.
- Sensation de puissance du Moi.
- Disparition de l'effet euphorique.
- Retour à la réalité qui est ressentie comme encore plus pénible.
- Culpabilité.
- Dépression en face de la frustration...

2. Modèle cognitivo-comportemental :

La description d'un cycle de l'assuétude a fait l'objet de développements et d'affinements multiples concernant notamment la distorsion cognitive des attentes chez les sujets dépendants. Le cycle de l'assuétude serait parcouru par le sujet dépendant par le fait qu'il trouverait initialement dans la consommation du toxique une gratification rapide et à court terme dont il aurait la représentation prédictive de l'effet. La satisfaction substitutive obtenue, dotée d'un pouvoir renforçateur immédiat conduira à l'habitude dont l'effet à moyen terme est l'accentuation du sentiment d'incompétence du fait de la succession des réponses de fuite. Le cognitif et le comportemental aboutiraient ainsi au renforcement de l'habitude. Ainsi, les effets résultant de la prise du produit vont devenir la cause de la prise du produit, les résultats négatifs de la consommation vont induire le recours au produit pour les effacer. L'analyse fonctionnelle cognitivo-comportementale permet de repérer des situations de fragilisation telles des états comme l'anxiété, la dépressivité, la faible estime de soi, les difficultés de communication, les difficultés interpersonnelles. On retiendra aussi des facteurs de personnalité comme la recherche de sensation, les traits de personnalité (antisociale, dépendante) et des situations déclenchantes (manque, conflit, échec...).

3. Le modèle psychologique de S. Peele :

Le modèle endogène de Peele s'oppose au modèle exogène médical. Dans le modèle médical, le mal est essentiellement attribué au produit et non aux causes personnelles. C'est la drogue (et la société) qui font le toxicomane. Les addictions sont innées, biologiques. La solution est d'abord médicale. Il faut s'attaquer aux effets nocifs des addictions sur l'organisme et faire reconnaître au sujet dans le déni de leur addiction qu'ils ont une maladie permanente qu'ils doivent accepter et qui doit être prise en charge par les experts du milieu médical et des anciens toxicomanes.

A l'opposé pour Peele, l'addiction provient, se génère à partir du problème de vie du sujet. Elle est une stratégie de coping (moyen de faire avec) pour le sujet entre lui et le monde. L'addiction est en rapport avec l'échec du sujet devant une tâche, échec qui met en doute sa capacité de réussir. Dans l'addiction, la personne se détourne de tous ses autres centres d'intérêt, avec incapacité de choisir de ne pas réaliser le geste addictif qui ne constitue pas une expérience agréable. L'addiction apparaît comme satisfaction substitutive et possède un pouvoir renforçateur. Les effets de l'addiction modifient le sentiment d'estime de soi dans un sens négatif et confrontent le sujet à la répétition du comportement pour alléger les effets de cette mésestime. La problématique selon Peele s'exprime donc en termes de compétence et de renforcement, mais on perçoit quelques références à l'écart entre la réalité et ce qui est attendu, ainsi qu'à la question de l'identité. Puis il insiste sur les fonctions de l'addiction qui à la fois annule le sentiment de défaillance et majore ses sources. L'addiction s'inscrit dans un continuum : le comportement du sujet peut être plus ou moins addictif.

L'expérience addictive est le fait de personnes :

- a) présentant certaines caractéristiques transitoires ou constantes et confrontées à une situation difficile.
- b) Incapable de satisfaire leurs besoins existentiels.
- c) Avec une absence de valeurs s'opposant à l'addiction.
- d) Avec un manque d'efficacité et un sentiment d'incapacité à peser sur l'addiction.

Ces personnes ne présentent pas nécessairement une pathologie avérée, ne constituent pas une classe nosologique particulière et ont généralement le plus de

mal à faire face à des périodes critiques de l'existence, à des situations déprivatives, à un faible soutien social.

A la différence du modèle médical, l'addiction peut être dépassée car le sujet peut identifier le problème et chercher des solutions qui lui conviennent pour s'améliorer. Il suffit d'être à son écoute et de changer d'environnement, c'est-à-dire de côtoyer des personnes sans ce type de problème. La solution demande attention de soi, et développement de ses propres compétences : par exemple renforcement de l'image de soi au travers d'expériences sociales positives.

E) LA RELATION INDIVIDU / ENVIRONNEMENT.

1. Les facteurs de risques familiaux :

Aucun facteur familial, considéré isolément n'est spécifique. Généralement, les études sur les facteurs de risques familiaux retiennent de façon plus ou moins annoncée 4 éléments :

- la fréquence de la dissociation familiale.
- La fréquence des placements nourriciers ou de l'éducation des enfants par une famille élargie.
- L'abus des produits psychotropes, surtout médicaments chez la mère et d'alcool chez les pères.
- Les transplantations culturelles multiples.

Ces facteurs ne doivent pas faire penser que les toxicomanes sont des sujets qui, familialement ont manqué systématiquement de sécurité. Il existe des toxicomanes qui donnent l'impression de n'avoir manqué de rien, du moins dans les relations familiales manifestes.

Une analyse plus attentive du fonctionnement familial amène les spécialistes des approches familiales à décrire plusieurs phénomènes caractéristiques :

- La cécité familiale à l'égard des indices multiples qui trahissent l'intoxication..
- Les rapprochements quasi incestueux, à rapprocher du constat fréquent des transgressions répétitives d'une génération à l'autre soit vis-à-vis des lois ou de la justice, soit vis-à-vis des normes morales habituelles.
- Les conduites sacrificielles. Les toxicomanes semblent canaliser les énergies en partie agressives du groupe familial et conjurer ainsi la violence indifférenciée.
- Enfin le déni des enjeux mortels.

A l'image de nombreux autres troubles psychopathologiques, l'enchaînement causal direct du symptôme doit être mis en question : en effet on risque d'attribuer exagérément l'origine de la toxicomanie au seul environnement familial. Rappelons que la toxicomanie chez un individu peut survenir dans une famille qui ne présente ni plus ni moins de problèmes apparents qu'une autre.

2.La fonction du produit dans la vie sociale du toxicomane

- a) Au niveau familial, le patient toxicomane sera souvent considéré comme incompetent, et irresponsable. Il entraînera chez les autres membres de sa famille des comportements de surveillance, de protection le maintenant dans un statut infantilisant. L'attitude de l'entourage renforcera l'image négative de soi et favorisera la poursuite de la consommation.

Dans d'autres familles, on observera un lien tyrannique, un lien d'emprise du patient toxicomane sur un de ses parents (en général la mère) au travers d'exigences et de revendications d'argent et au travers de dépassement constant des limites. Lorsque la violence devient manifeste, elle entraîne alors l'intervention d'autres membres de la famille (beau-père, oncle, frère aîné...) aboutissant à la rupture et à l'exclusion du foyer.

Le réseau amical se montre en général plus tolérant voire conforte l'individu dans sa consommation. Néanmoins, plus le comportement addictif devient intense, plus le réseau amical s'épuise. Les liens authentiques d'amitié se défont (l'autre se protège) et le sujet ne maintient que des relations superficielles avec des personnes consommant les mêmes produits.

On observe progressivement une désinsertion par rapport au monde des loisirs, au milieu scolaire ou professionnel.

De façon plus générale, le patient toxicomane est confronté à une série de clichés (dont il est victime ou qu'il entretient par son comportement) : il est considéré par ses proches comme menteur, manipulateur, indigne de toute confiance. L'étiquette de toxicomane le dérange certes mais lui permet de ne rien dire de lui-même, de taire sa souffrance.

- b) Face aux soignants, il met en avant son parcours, la quantité consommée de produits, les conséquences négatives de cette consommation. Par contre, il reste évasif sur les souffrances du passé. Il tentera souvent avec le soignant de

reproduire la dynamique relationnelle dont il a l'habitude, au risque d'être une nouvelle fois considéré comme menteur, manipulateur, indigne de confiance...

3.Le futur possible pour un individu toxicomane

Du pire vers le mieux nous retiendrons

- la mort prématurée.
- La marginalisation sociale.
- La vie institutionnalisée.
- La vie « protégée ».
- La relation d'étayage.
- L'individuation, l'autonomisation.