

Chapitre 5. (page 95 et suivantes)

Le diagnostic de structure de personnalité

Un postulat règne actuellement dans les conceptions théoriques des cliniciens : les drogues ne modifient pas la structure de personnalité.

Pendant longtemps, la toxicomanie a existé au rang des structures. Cette conception, inspirée à la psychiatrie classique à son insu par le paradigme prohibitionniste, classait, comme chez Henry Ey, les toxicomanies au voisinage des perversions et des psychopathies : « *La conduite toxicomaniaque constitue une perversion qui satisfait complètement son besoin (recherche du plaisir, évitement de la souffrance) par l'absorption habituelle et impérieusement exigée d'un ou plusieurs produits [...] .* » Dans une logique d'exclusion mutuelle, il paraissait inconcevable de porter sur un même sujet le diagnostic de toxicomanie et, simultanément, celui de psychose (au sens de psychose chronique, hallucinatoire par exemple).

En revanche, cette époque s'accommodait plutôt bien de notions comme la psychose cannabique, qui prétendait décrire une variété de psychose chronique induite par l'abus de cannabis ; de manière analogue, on décrivait d'autres variétés de psychoses induites par l'abus de psychostimulants (cocaïne ou amphétamines) ou de substances hallucinogènes (LSD 21 ou champignons psilocybes). Sous l'empire d'une vulgarisation inspirée par des velléités de prévention sans scrupule, la notion a longtemps régné qui attribuait au LSD le pouvoir de « trouver le cerveau ».

Insidieusement, et surtout sans critique du modèle conceptuel antérieur, un nouveau consensus s'est installé autour du vocabulaire de la « **comorbidité** » et du double diagnostic, qui autorise la coexistence du diagnostic de structure psychotique de la personnalité et, simultanément, de « toxicomanie » ou d'addiction au sens large. En d'autres termes, on accepte depuis peu de rencontrer des sujets simultanément psychotiques **et** toxicomanes. Outre les questions de diagnostic et de traitement, par exemple institutionnel, que soulève cette « comorbidité », il persiste un débat passionnant sur la fonction des psychotropes, soit comme déclencheurs, soit comme facteurs aggravants de la psychose, soit, à l'opposé, comme facteurs d'automédication.

Par ailleurs, la légitimité du concept de toxicomanie, comme entité nosologique consistante, a été sérieusement remise en question.

Enfin, la clinique des urgences a ramené à l'avant-plan la question des « psychoses toxiques ». Il s'agit en particulier des psychoses aiguës associées à la consommation de cannabis, de psychostimulants – dont l'ecstasy – ou d'hallucinogènes. Le retour de la consommation de masse de ces produits a fait renaître ces préoccupations, non sans soulever l'hypothèse d'un lien causal entre ces psychoses aiguës et les psychoses chroniques.

Ce lien n'est pas démontré, en tout cas pour le cannabis.

Les deux questions les plus cruciales, pour une équipe thérapeutique d'inspiration théorique métissée, seront alors, d'abord, de trouver un langage commun entre le dialecte de la psychiatrie et les dialectes psychanalytiques, suffisamment commun pour réduire les malentendus et suffisamment distinct pour éviter un faux consensus et, ensuite, de repérer au plus tôt le diagnostic de structure de personnalité d'un sujet qui s'adresse à nous.

La première question, celle d'un langage commun entre psychanalyse et psychiatrie, est d'une ampleur colossale, et dépasse les ambitions de cet ouvrage. Dans le champ psychiatrique, celui de la littérature et des hôpitaux universitaires, la nosographie psychiatrique européenne classique paraît en voie d'abandon au profit des standards nord-américains (D.S.M.) ou internationaux (I.C.D.). Dans le champ psychanalytique, les diagnostics, par exemple de névrose, de psychose ou de perversion, empruntent à l'occasion le même vocabulaire que celui de la psychiatrie classique et parfois contemporaine, mais pour désigner des entités morbides différentes. Ainsi, un clinicien d'inspiration lacanienne pourra en toute rigueur décrire comme psychose un sujet qui sera considéré comme dépressif, par exemple, selon le D.S.M. IV. L'élaboration, d'ailleurs très prometteuse, du concept de *psychose ordinaire* par J.A. Miller ne fera rien pour rapprocher les lexiques. Ce concept est destiné à rendre compte des cas de sujets qui sont structurés de sur un mode psychotique sans pour autant en présenter les manifestations spectaculaires, de délire ou d'hallucinations : « La difficulté naît [...] quand il est confronté à des demandes de la part de sujets qui ne possèdent aucun passé psychiatrique, qui ne sont ni délirants, ni hallucinés, ni mélancoliques, et pour lesquels, malgré tout, se pose la question d'un fonctionnement psychotique ». Ce qui amène à les considérer néanmoins dans la sphère de la psychose tient à leur rapport persécuté à l'autre, comme objet de l'autre, d'un autre généralement malveillant, ou encore un certain « laisser-tomber » du corps propre, repéré avec insistance dans l'observation des S.D.F. Comment réinterpréter à cette lumière ce qui se dit et se répète depuis des générations concernant les habitudes de manipulations des sujets dits toxicomanes, crédités d'une tendance à attribuer faussement (projectivement) à l'autre la responsabilité de leur dépendance ou de leurs malheurs ? C'est là un champ important d'élaboration, au confluent entre psychiatrie, psychanalyse et droit.

La deuxième question, celle du repérage précoce de la structure de personnalité, prend toute son importance lorsque l'on découvre à quel point elle conditionne la façon de s'adresser à un sujet. Donner un conseil ou le lui refuser, lui proposer une interprétation ou lui appliquer les règles institutionnelles aura des effets radicalement différents, selon qu'il s'agit d'un sujet névrosé obsessionnel, hystérique, hypochondriaque, paranoïaque, mélancolique, psychopathique ou pervers. Liste sans visée limitative...

C'est sans doute l'une des nécessités de la clinique en institution ou de la pratique des interventions cliniques ou des groupes Balint que de croiser les hypothèses diagnostiques et de diluer le transfert sur plusieurs intervenants, au bénéfice d'une réduction de l'impact des effets persécutés des thérapeutes.

Il ne s'agit donc pas d'un enfermement diagnostique, comme le serait un épinglement de papillons au tableau, mais d'un repérage prudent, à même de soutenir la relation thérapeutique, d'en

contenir les risques de persécution, de susciter le tact et le respect avec lequel nos patients doivent être entendus et rencontrés. Tact et respect d'autant plus nécessaires que rien, du moins chez certains, dans leur accoutrement, dans leur manque de soins ou dans la vulgarité de leur langage n'y invite.

Dépendance aux opiacés et psychose : une interrogation à la lumière de la psychanalyse.

Le lien entre la psychose et la dépendance chronique aux opiacés se pose de plus en plus souvent, que ce lien soit formulé tel quel, ou qu'il soit exprimé en termes de « co-morbidité » dans une perspective d'intervention plutôt dominée par la psychopharmacologie. Psychose flagrante, décompensée, avec hallucinations ou délire, ou structure de personnalité psychotique qui n'est manifeste qu'aux oreilles d'un praticien averti, apte à « interpréter » la position subjective du sujet persécuté. Ce constat d'une fréquence anormale de ce diagnostic n'a pas manqué de soulever une salve de questions, parfois inquiètes. Cette fréquence ne pouvait être fortuite, comment dès lors la comprendre ?

1. Serait-ce une façon d'insinuer que tous (ou presque) les sujets dits « toxicomanes » qui s'adressent à nos institutions seraient des cas de psychose, avérées ou dissimulées ? Ou bien s'agirait-il d'un biais de sélection des cas présentés ? Ou encore d'une marotte temporaire de cliniciens, un artefact de lecture, une sorte d'obsession collective, d'acharnement ou de monotonie à déceler de la psychose dans toute situation clinique chronique ou difficile ? Quelle place conserver alors à d'autres éventualités, de névrose (post-traumatique ou phobique par ex.) ou de perversion ?

2. Le deuxième ordre de questions soulevées tient à l'usage du diagnostic, de psychose en particulier. A quoi sert de poser un tel diagnostic, dans la conduite de la prise en charge, dans le travail d'équipe ? Pour la plupart des cliniciens, peu familiers des élaborations lacaniennes sur les psychoses, ce diagnostic comporte d'abord une résonance psychiatrique, de pronostic funeste et confinant le clinicien à l'impuissance. Au mieux, un résidu diffus des idéaux antipsychiatriques fait résister nos collègues à la perspective de poser un diagnostic, auquel serait implicitement reproché de contribuer à la stigmatisation, à l'aliénation et à la péjoration du pronostic. Autant dire que n'apparaît pas comme une évidence comment le diagnostic, de psychose singulièrement, peut devenir une contribution majeure à l'intelligence du cas, au maniement du transfert, à la manière appropriée d'entendre le patient et s'adresser à lui. Ceci dessine un objectif à long terme, de formation à la clinique des psychoses.

3. Le troisième ordre de questions soulevées tient aux éléments cliniques sur lesquels appuyer le diagnostic, entre l'intuition pure, conviction intime du clinicien, indicible et difficilement transmissible, et l'argumentaire méthodique. Ce dernier peut à son tour être écartelé entre les éléments biographiques ou phénoménologiques, troubles des conduites, passages à l'acte, chaos existentiel, ou les altérations du discours du sujet et de son rapport au désir de l'Autre.

4. Enfin, le dernier set de questions porte sur le détail du cas, sur les singularités d'un sujet dans sa façon d'accommoder, de « matelasser » sa psychose, de mobiliser des suppléances, dont les drogues ou les pseudo-diagnostics, de toxicomanie par exemple.

Ces questions sont d'une importance inédite pour l'avenir de nos pratiques thérapeutiques ou institutionnelles.

Trois collègues bruxellois, dont l'un a par ailleurs contribué à cet ouvrage, ont tenté une première réponse à ces questions, dont est extrait l'argument, qui est présenté ici :

« C'est entendu : toutes les personnes dites "toxicomanes" ne sont pas psychotiques.

Cependant, quand la construction du cas permet de repérer ou de déduire la forclusion du Nom-du-Père ou de la signification phallique, quel est l'intérêt du recours à la clinique et à la théorie des psychoses – élaborées par Jacques Lacan et quelques autres à sa suite – dans le champ des toxicomanies?*

L'usage du diagnostic de psychose permet :

- Un autre éclairage de certains phénomènes de la clinique des personnes dites "toxicomanes". Le manque de motivation d'untel, par exemple, prend un autre sens, une autre valeur, s'il est situé dans une structure subjective marquée par l'absence de la dimension même du désir.*
- Un déplacement de la définition de la fonction de l'institution, où l'accent dans la prise en charge est moins mis sur le produit – le sevrage, la stabilisation du traitement à la méthadone –, que sur la mise à l'abri d'une jouissance mortifère qui, bien au-delà de l'usage d'un toxique, submerge le sujet.*
- Une mise en question de la place à prendre dans le transfert. Une place est à trouver à côté du sujet, de manière à l'accompagner dans l'élaboration de ses solutions face à la jouissance de l'Autre et à ses ravages.*
- Enfin, d'interroger la toxicomanie – les fonctions de la drogue et ses ravages – dans les rapports du sujet à un Autre qui le persécute ou qui le laisse tomber, dans ses rapports à un corps envahi par la jouissance, dans ses rapports à certains passages à l'acte. »*

L'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme la limite de sa liberté

J. Lacan