

Les Objectifs de l'Intervention Theurapeutique (*)

Professeur Pierre Angel e Janine Pages Berthier

RESUMO: Com base na dupla polaridade doente e não-doente do toxicodependente, os autores tentam analisar os objectivos da intervenção em diferentes contextos terapêuticos (hospitalização, pós-cura, acompanhamento psicoterapêutico de longa duração e terapia familiar).

Eles definem a complexidade da tarefa do terapeuta face aos paradoxos da situação clínica do toxicodependente, para o que necessitam de uma grande variedade de estratégias de acompanhamento.

Estas diferentes modalidades de intervenção não fazem da abstinência um fim em si. Trata-se sobretudo, para o terapeuta, de favorecer a modificação do funcionamento psíquico do toxicodependente.

Utilizando dois exemplos clínicos, poderemos avaliar a rigidez dos mecanismos em estudo nestes indivíduos, tanto no plano intrapsíquico como ao nível das interações familiares.

O objectivo terapêutico essencial será estimular processos de separação e de autonomização, abrindo brechas no espaço mental do toxicodependente e da sua família.

ABSTRACT: Based on the double polarity between illness and non-illness of the addicts, the authors try to analyse the aims of the intervention in different therapeutic contexts (hospitalisation, post-recovery, long term psychotherapeutic attendance and family therapy).

They define the complexity of the therapist's task through the paradoxes of the clinical situation of the addict, which needs a variety of attendance strategies.

These different ways of intervention will not make of the abstinence an aim in itself. The therapist will have to promote the change of the psychical acting of the addicts.

By means of two clinic examples, we will be able to evaluate the severity of the mechanisms under study in these persons, in the intrapsychic level as well as in the family interactions.

The essential therapeutic aim will be to stimulate procedures of separation and of autonomisation, opening fissures in the mental space of the addicts and of their families.

RESUMÉ: Partant de la double polarité malade et non-malade du toxicomane, les auteurs tentent de cerner les objectifs de l'intervention dans différents contextes thérapeutiques (hospitalisation, post-cures, prise en charge psychothérapeutique au long cours et thérapie familiale).

Ils définissent la complexité de la tâche du thérapeute face aux paradoxes de la clinique du toxicomane, nécessitant une pluralité de stratégies d'accompagnement.

Ces différentes modalités d'intervention ne feront pas de l'abstinence une fin en soi. Il s'agira surtout pour le thérapeute de favoriser la modification du fonctionnement psychique du toxicomane.

A travers deux exemples cliniques, on pourra mesurer la rigidité des mécanismes à l'oeuvre chez ces sujets, au plan intrapsychique comme au niveau des interactions familiales.

L'objectif thérapeutique essentiel sera d'amorcer des processus de séparation et d'autonomisation, en ouvrant des brèches dans l'espace mental du toxicomane et de sa famille.

(*) Comunicação apresentada no Colóquio "Aprender y Cambiar", Barcelona, 23/25 de Novembro de 1995, promovido por ITACA.

Le modèle de soins français s'est développé à partir des années 1970 en rupture par rapport à l'institution psychiatrique. L'objectif thérapeutique a d'emblée pris en compte la double polarité malade et non malade de l'usager de produits illicites.

La plupart des cliniciens adoptant des positions antinotographiques se sont attachés à proposer un protocole de prise en charge spécifique. C'est en référence à l'héroïnomanie par voie intraveineuse que s'est organisé un réseau dense et diversifié de lieux d'accueils et de soins. La clinique des toxicomanes ne concerne en effet qu'une minorité des usagers de drogues et a pour ambition grâce au volontariat, à la gratuité des soins et à l'anonymat de les stigmatiser moins que l'hôpital psychiatrique ou l'univers carcéral. Dans ces contextes thérapeutiques, le clinicien tente d'appréhender l'indicible du plaisir et de la souffrance de l'expérience toxicomaniaque.

Le thérapeute cherche à mettre en mots l'instantanéité, la fugacité des actes et des sensations, à restituer constamment la dépendance dans son contexte pharmacologique, psychopathologique, familial et social. Dans ce champ clinique, les frontières du normal et du pathologique, les limites entre l'usage et l'abus d'un produit, les définitions de normes sont encore plus difficiles à établir qu'ailleurs. Notre démarche a pour ambition de nous dégager de tout dogmatisme, de tout impérialisme théorique ou clinique pour réévaluer en permanence notre relation avec ceux que nous appelons, par respect et pour atténuer leur stigmatisation, nos clients.

Plusieurs dizaines de théories sur les pharmacodépendances ont vu le jour et aucun modèle ne saurait avoir la prétention d'intégrer toute la complexité de ce phénomène multidimensionnel. Comment présenter de façon ordonnée, planifiée les buts de notre entreprise thérapeutique quand on sait combien les toxicomanes nous déconcertent : ils ne se privent pas de la façon la plus souvent implicite de souligner notre impuissance et les limites de notre analyse clinique. Ils manifestent par leur réticence devant tout protocole de soins trop linéaire leur radicale altérité.

La plupart des centres d'accueil français ne proposent pas un programme thérapeutique standardisé. Les modalités d'intervention (chimiothérapie ponctuelle, hospitalisation pour sevrage, soutien sur le plan médical ou social, orientation vers un centre résidentiel) dépen-

dent de la demande du client et des vicissitudes de leur accompagnement. Pour chaque sujet, les objectifs thérapeutiques souvent implicites varient selon une cinétique largement imprévisible.

On peut s'interroger à ce propos sur le sens de la notion de résultat, quand il s'agit de pathologies à rechutes comme la toxicomanie.

Quelle va donc être la position du thérapeute, face à la complexité, et surtout à l'ambivalence d'une demande de sevrage, à supposer qu'elle soit spontanément formulée ?

La notion d'ambivalence nous permet peut-être de mieux cerner les paradoxes et la perplexité du soignant face à ses objectifs, qu'ils soient avoués ou latents.

Confrontés aux exigences contradictoires des patients toxicomanes et de leurs familles souvent perverses, le thérapeute aura bien du mal à éviter les écueils de la toute puissance, de la séduction ou du rejet.

Claude Olievenstein a mieux que quiconque souligné la complexité de l'objectif du sevrage, en égard à la "souffrance du sujet désintoxiqué" (1) et à la fonction qu'occupe le symptôme dans l'économie psychique du sujet. Aussi propose-t-il une psychothérapie transitionnelle, amorcée dès la première rencontre avec le toxicomane, le thérapeute se situant "à la place du tiers exclu de la drogue", dans une séduction évoquant le "flash" provoqué par la poudre.

Le fondateur de Marmottan compare alors le sevrage à un vécu transitionnel organisé par le thérapeute, en compétition avec la dépendance comme mode d'être au monde. (2)

Cette période intermédiaire doit s'appuyer sur un contrat, première concession que fera le toxicomane en entrant dans le Service, les ruptures de contrat ou les "vidages" ne pouvant pas toujours être évités.

A ce propos, en égard à la fréquence des ré-hospitalisations, les mêmes patients revenant parfois quelques semaines plus tard, on peut s'interroger sur l'efficacité d'une telle méthode. Là encore, il s'agit pour le thérapeute de redéfinir la notion d'efficacité.

Dans cette optique, Marlatte montre dans son étude sur la prévention des rechutes (3), que de rechute en rechute, on observe une modification, une progression du mode de vie du patient.

A travers les hospitalisations successives, le clinicien repère une modification du fonctionnement mental du

toxicomane, lui permettant par exemple de recommencer à rêver, à faire des jeux de mots, à phantasmer. L'objectif du thérapeute n'est pas ici de faire cesser toute consommation, mais plutôt de permettre des associations plus riches et plus fréquentes, malgré les interruptions du traitement.

Sur le plan intrapsychique, le fonctionnement du Préconscient sera plus souple, de même qu'on notera une évolution du patient au niveau relationnel. Dans cette visée thérapeutique, l'essentiel va être d'obtenir une diminution sensible de la souffrance psychique du toxicomane, même en l'absence d'une perspective de sevrage définitif.

Tous les intervenants savent bien que les sujets pharmacodépendants ont parfois besoin de "se poser", de "se refaire une santé" et viennent demander une hospitalisation, pour "replonger" dès la porte de l'institution franchie. Néanmoins, chacune de ces rechutes peut constituer une étape dans le processus de sortie de la toxicomanie.

Un coup d'oeil sur le rapport d'activité de l'hospitalisation à Marmottan (1994) peut éclairer cette perspective.

L'équipe soignante rappelle tout d'abord qu'une hospitalisation, dans ses moyens comme dans ses objectifs, destinée au temps du sevrage, ne représente qu'un outil dans une prise en charge globale au long cours. Elle ne constitue qu'une stratégie d'accompagnement, même si l'abstinence totale et définitive n'en est pas un objectif obligé. L'hospitalisation témoigne d'une maturation progressive, dont une indication pourrait être l'amélioration des séjours au fil du temps, pour une même personne. Les chiffres rendent mal compte de cette réalité clinique, mais la comparaison entre les différents séjours va dans le sens d'une confirmation de ces hypothèses.

En effet, une étude comparative entre les fins de contrat, les ruptures de contrat et les vidages montre que le pourcentage de transgressions par rapport au contrat diminue sensiblement au fur et à mesure des hospitalisations successives. Cette proportion continue de baisser jusqu'à la quatrième hospitalisation, prouvant ainsi une certaine amorce d'intériorisation des interdits.

On voit ainsi que combattre la dépendance n'est pas une fin en soi. En cherchant à libérer le patient de son aliénation, qui ne saurait se réduire à la seule dépendance au produit, le thérapeute vise à le faire accéder à un espace de liberté psychique.

Il est paradoxal d'exiger l'abstinence de la part du toxicomane qui vient consulter: faire taire son symptôme devient ainsi la condition préalable au traitement. "Commencez par vous en sortir, vous ferez l'analyse ensuite..."

Pourtant, lorsqu'il vient nous trouver, le toxicomane nous dira la plupart du temps qu'il désire "s'en sortir". Mais de quoi s'agit-il de se sortir. En effet, ce n'est pas essentiellement de la drogue: "Pour certains sujets, l'arrêt de l'intoxication, les laissant aux prises avec leur problématique inchangée, rend inévitable l'investissement addictif, c'est-à-dire passionnel, d'un autre objet." "En supprimant le comportement toxicomaniaque, on ne supprime pas la toxicomanie."

Contrairement aux comportementalistes Nord-Américains qui ne visent que la disparition du symptôme dans une optique de réinsertion sociale, le psychologue ou le psychanalyste ne fera pas de l'abstinence une fin en soi. Simplement, et dans le meilleur des cas, il pourra arriver que l'addiction au produit devienne moins essentielle à l'économie psychique du sujet.

Mais pour atteindre ce stade, la préoccupation constante du thérapeute va être de favoriser la modification du fonctionnement psychique du sujet toxicomane.

Le fonctionnement psychique des sujets dépendants, quelle que soit la structure psychopathologique à laquelle ils appartiennent, a souvent été défini comme un surinvestissement du sensoriel limitant l'accès aux représentations verbales.

En effet, au cours des entretiens avec les patients addictifs, on peut voir l'agir compulsif prendre le pas sur l'élaboration mentale.

De la même manière qu'ils exposent leur corps, ces sujets vont mettre en péril leur activité de pensée, le recours au toxique fonctionnant comme une anti-pensée.

Dans ce contexte, on repère une recherche active du traumatisme qui a pu être décrite en terme de prise de risque.

Dans les conduites addictives, on peut penser que l'incorporation compulsive d'objets toxiques, licites ou illicites, pourrait réaliser une sorte d'élaboration par l'agir, comme dans la névrose traumatique. Il n'est pas rare par exemple de voir s'installer une sexualité addictive chez les filles toxicomanes, après l'effraction traumatique d'un viol, révélant dans l'après-coup de plus anciennes blessures.

Ainsi Flora, vingt-quatre ans, présente une polytoxicomanie à l'héroïne, au cannabis, à l'alcool et à divers médicaments depuis l'âge de dix-sept ans. Elle est sujette à des troubles de type anorexie-boulimie depuis l'adolescence. Elle est séropositive depuis six ans ainsi que son compagnon. Elle parle volontiers de ses "bêtises" passées avec "tous les hommes qu'elle rencontrait."

Depuis qu'elle vit avec son ami, elle reconnaît s'être "un peu calmée avec le sexe". Elle pleure (pour la première fois, nous dit-elle) à l'évocation de ses viols successifs: le premier à l'âge de treize ans, par un homme plus âgé; le second, quelques mois plus tard, par une bande de jeunes garçons qu'elle semble avoir provoqués. Elle n'a osé en parler qu'à son demi-frère aîné, qui prenait alors de l'héroïne, avant de partir au Mexique où il est mort noyé. La figure de ce grand frère mort, massivement idéalisée, sera souvent évoquée au cours des entretiens, jusqu'à ce que nous apprenions qu'il s'agissait en fait de son premier séducteur, qui l'avait "initiée de force", nous avoue-t-elle. Elle peut bientôt évoquer les violences maternelles au cours de sa petite enfance, ainsi que les raclées qu'elle recevait également de son père, après nous les avoir présentés comme des parents idéaux.

Elle rêve une nuit de son frère mort et ce rêve en amènera d'autres, moins douloureux.

Actuellement, Flora vit séparée de son ami et vient de subir son troisième avortement, suite à des grossesses successives non désirées. L'alcool a désormais remplacé l'héroïne, et malgré sa séropositivité, elle se préoccupe très peu d'elle-même et de sa santé. Son existence toute entière est marquée par l'incorporation compulsive et la répétition mortifère.

Souvent, il n'est pas nécessaire de repérer dans le passé un événement traumatique précis et localisable. Il peut s'agir de blessures narcissiques précoces faites au moi (séparations, rejets, climat d'abandon ou d'insécurité), dans lesquelles on peut voir de véritables traumatismes, du fait de leur accumulation dans l'histoire du sujet.

Par la suite, les situations traumatiques vont être activement recherchées, l'incorporation addictive inaugurant la voie de la répétition.

D'une certaine manière, tout objet (au sens psychanalytique du terme) va constituer une effraction traumatique pour le sujet dépendant, qui va être amené à se construi-

re une carapace narcissique destinée à le protéger des aléas de la relation intersubjective.

Déniant l'altérité de l'autre, ces patients ne vont pas non plus se vivre comme sujets, et leur activité de pensée même sera déléguée au toxique. La dimension interrelationnelle va se trouver déplacée sur le toxique, sur les conduites de risque, sur le jeu avec la mort.

Comment, dans un tel contexte, le thérapeute va-t-il amorcer une relation transférentielle avec son patient ? Comment réussira-t-il à faire basculer le toxicomane de l'aspect "un" et fusionnel de la drogue à la dimensionnelle ?

En égard à ce fonctionnement particulier, il sera souvent nécessaire d'apporter des modifications techniques à la conduite du traitement, notamment par rapport au silence du thérapeute, source d'angoisse mortifère. Mais l'intrusion étant également insupportable pour le toxicomane, la parole du thérapeute sera davantage une "reformulation qu'une interprétation" (4) de façon à préserver le patient de l'angoisse.

On sait depuis longtemps que la rigidité d'un cadre orthodoxe n'est plus opérante pour ces sujets ; néanmoins, il ne s'agit pas non plus de leur proposer une prise en charge collective, où les différents membres de l'institution vont être vécus comme interchangeables.

Malgré les résistances massives à l'instauration d'une relation duelle authentique, ou plutôt grâce à ces résistances, les offres de transfert du thérapeute vont donner lieu à une répétition agie à l'intérieur du cadre (passages à l'acte, transgressions...)

Chez le patient toxicomane, cette compulsion à la répétition est d'une nature différente que celle que l'on repère chez le névrosé par exemple. Chez ce dernier, "plus la résistance sera grande", nous dit Freud, "plus la mise en actes (la répétition) se substituera au souvenir" (5), et répéter est pour lui une manière de se souvenir. Alors que pour le toxicomane, la répétition compulsive peut être vue comme une tentative d'abréaction, comme dans la névrose traumatique ou dans ce qu'on a pu appeler la "névrose de destinée". (6)

En égard à ces considérations, les objectifs du thérapeute vont être différents, selon qu'il aura affaire à un toxi-

comane ou à un autre type de patient. Il est évident qu'il est nécessaire d'inventer de nouveaux dispositifs thérapeutiques qui soient réellement adaptés, voire d'associer plusieurs techniques thérapeutiques.

Une étude sur "les sorties de la toxicomanie" rappelle que la toxicomanie est aussi un mode de vie, un mode d'adaptation paradoxal, une gestion des conflits. Il s'agit d'une attitude générale devant l'existence, et non d'un simple comportement.

En effet, les objectifs du thérapeute ne peuvent faire l'économie de l'aspect existentiel du fait toxicomane. Lorsqu'il ne sera plus sous l'emprise du produit, le toxicomane aura bien du mal à réorganiser sa vie quotidienne, ne serait-ce que face à l'ennui et au vide.

Aussi doit-on insister sur l'intérêt des post-cures (7) et sur le travail psychothérapeutique qui s'y poursuit.

Cette solution est évidemment plus coûteuse à la société qu'une simple distribution de Méthadone, cela va de soi.

Comment éviter au toxicomane de continuer à focaliser sur le produit, si du côté du soin on ne peut donner qu'une réponse médicamenteuse ? Ne court-on pas le risque d'imiter ces mères de toxicomanes étouffant les angoisses de leurs enfants avec des cachets et des sirops ? D'où la nécessité évidente d'un accompagnement psychothérapeutique dans le cas d'un recours aux produits de substitution, pour lutter contre le danger d'engourdissement psychique par la réactivation de l'imaginaire.

L'objectif thérapeutique essentiel sera donc d'ouvrir des brèches dans l'espace mental du toxicomane qui peut-être un jour l'amèneront à décoller du produit. L'important est de réussir à créer un espace de dégagement, à ménager une circulation d'éléments psychiques entre lui et la poudre pour lutter contre l'adhérence, la massivité de l'aspiration à la fusion aliénante.

La visée de la thérapie n'est pas la suppression du produit ou la désintoxication du toxicomane.

Il s'agit plutôt de faire advenir une séparation entre lui et son produit, dans une souci de différenciation et de maturation psychique, ce qui est le contraire de l'aliénation.

La question des objectifs se pose différemment pour le thérapeute familial. Dans le cadre du Centre Monceau, plus

de 2000 familles d'usagers ont été accueillies en 15 ans.

Avec Sylvie Angel, nous avons décrit certaines spécificités des interactions dans ces familles. Nous avons d'emblée remarqué le décalage entre le caractère démonstratif des conduites addictives et l'aveuglement de la famille qui ne prend que tardivement conscience de l'intoxication. La cécité des parents fait appel à des mécanismes de déni que le processus thérapeutique vise à réduire. Les familles apprennent progressivement à saisir la dimension d'appel des passages à l'acte du jeune: fugues, tentative de suicide, alcoolisme aigu, ... La conduite toxicomane occupe une fonction centrale dans un système familial rigide.

En effet, les capacités de transformations de ces familles sont faibles et les interactions bloquées dans des schémas répétitifs. Tous les besoins de différenciation de chacun des membres sont niés pour renforcer le caractère dysfonctionnel des relations familiales. Paradoxalement, la toxicomanie rassure le groupe familial, car elle témoigne de l'incapacité du patient désigné à assurer son autonomie. Chaque rechute du toxicomane ancre davantage dans l'esprit du parent et de sa fratrie la conviction qu'il n'est pas apte à vivre sans leur soutien constant.

Le renversement épistémologique systémique en référence à Gregory Bateson dans le champ qui nous occupe a permis de construire un cadre plus vaste dans lequel les deux termes apparemment opposés de déterminisme et d'autonomie peuvent coexister.

En modifiant leur point d'observation, certains dont Von Forster, Atlan, Varela ont perçu que c'est d'un monde ordonné, mais non totalement ordonné que résulte la conviction qu'il existe des systèmes autonomes susceptibles d'engendrer du nouveau.

Quels enseignements en tirer pour la clinique ?

En premier lieu, une constatation s'impose: les systèmes familiaux pathologiques, dont on sait l'étonnante complexité, possèdent une spécificité essentielle qui mérite d'être analysée. Leurs capacités d'auto-organisation, selon la formule d'Atlan se révèlent très faibles.

Les familles de toxicomanes, en particulier, tolèrent très mal les agressions aléatoires provenant de leur environnement, sont terrorisées devant l'imminence d'une période de désorganisation transitoire, même si une réorganisation plus sécurisante peut être obtenue.

Madame C. vient consulter au sujet de la toxicomanie de son fils Clément. Elle a déjà essayé d'envoyer ce garçon en post-cure, dirigée par des religieux, puis chez les Narcotics Anonymes, sans grand succès. Actuellement, Clément vient de démarrer une prise en charge au Centre, accompagné par sa mère. Il est en sevrage en ambulatoire depuis quelques jours. Celle-ci semble excédée : "Je viens vous trouver parce qu'il ne se passe rien (!) C'est toujours la même chose depuis cinq ans, on en est toujours au même point..."

Quand nous lui faisons remarquer que son fils vient pourtant d'entreprendre une démarche de décroche, elle nous répond aussitôt : "Oui, mais c'est parce qu'il s'y sent obligé, il a trop peur que je le mette à la porte."

Madame C. est veuve (le père de Clément est mort, il y a dix ans). Elle a un fils aîné et une fille mariée à l'étranger. Madame C. est venue récemment demander une fois de plus si elle devait ou non donner de l'argent à Clément. Ce dernier a l'intention de faire un voyage en Inde, et elle appréhende beaucoup ce départ. Nous lui soulignons sa difficulté à se séparer de son fils. De son côté, Clément reproche à sa mère de vouloir le garder près d'elle : "Tu ne veux pas me laisser partir, me laisser vivre ma vie loin de toi !"

Madame C. nous demande si elle doit bientôt partir à l'étranger pour l'accouchement de sa fille (il s'agit de son premier petit-enfant), ou rester à Paris pour "surveiller" Clément et l'empêcher de partir de son côté...

Jusqu'à présent, elle dit avoir toujours cédé à ce qu'elle appelle ses "caprices", car elle a peur de lui et de sa violence physique potentielle : "Il ne m'a jamais touchée, mais il pourrait le faire si je refusais de lui donner de l'argent."

On comprend mieux alors ses réticences, vue l'érotisation massive de sa relation à son fils, et de sa brutalité phantasmée.

A travers cet exemple clinique, on voit à quel point tout est pensé et agi pour réduire au minimum la dose d'indétermination qui constituerait une brèche à travers laquelle pourrait s'infiltrer des expériences significatives pour la famille.

En second lieu, la théorisation systémique nous fournit une conceptualisation des processus thérapeutiques.

L'approche familiale consiste essentiellement à :

- favoriser les efforts de recherche, d'innovation des familles, tendant vers des réorganisations, des restructurations moins aliénantes;
- minorer la destructivité mise en jeu lors des crises et libérer les forces de régénération de la famille;
- désamorcer les processus de désignation du bouc émissaire en permettant aux familles de faire l'économie des rituels sacrificiels;
- proposer une reprise et une élaboration des phénomènes de crise, qui introduisent une temporalité moins instantanée.

Réduire l'intensité des tensions intrafamiliales liées à des phénomènes d'entropie et permettre à des processus de séparation et d'autonomisation de se faire jour, sans que l'un ou l'autre des membres de la famille n'ait à payer un prix trop élevé, telle est la visée thérapeutique que nous poursuivons.

La pandémie du Sida nous a conduit à modifier notre protocole thérapeutique qui s'oriente vers une pratique de réseau quand le toxicomane est hospitalisé de façon itérative dans des services de médecine et lorsqu'il doit s'astreindre à des traitements contraignants.

Plus généralement en France, la controverse sur les traitements de la toxicomanie qui revient périodiquement dans le débat public depuis vingt ans se trouve ravivée aujourd'hui par la gravité des problèmes posés par l'infection V.I.H. et le Sida.

Tardivement ont été mises en oeuvre des actions préventives sur le plan national et généralisées des stratégies de réduction des risques. Les tenants d'une extension massive des programmes méthadone ont opposé une politique d'abstinence à une politique de réduction des risques.

A notre sens, ces stratégies sont complémentaires et nos clients n'ont pas à être les otages de querelles idéologiques masquées par un pragmatisme de façade. Cette dramatisation des débats publics ne tient quasiment pas compte des données de la recherche dans le domaine thérapeutique. C'est probablement une des raisons pour lesquelles, en France, diverses modalités de soins ne se développent qu'avec retard. J'en veux pour preuve la rareté des prises en charge groupales et la quasi-absence des communautés thérapeutiques démocratiques.

Je formule le voeu que la dynamique européenne con-

tribue à lever les obstacles. C'est le sens de mon engagement dans le cadre d'Itaca. Je vous remercie.

Conclusion

Le phénomène de la pharmacodépendance requiert une approche multidimensionnelle, puisqu'il est situé à l'articulation du pulsionnel et du social.

En effet, ces quelques réflexions sur l'entreprise thérapeutique nous ont montré à quel point la toxicomanie

devait être envisagé dans sa totalité, en tant qu'il se trouve pris à la fois dans son histoire individuelle et dans sa trajectoire socio-familiale.

Aussi les objectifs thérapeutiques doivent-ils viser l'ensemble des secteurs de la prise en charge, qu'il s'agisse du domaine médical, socio-familial ou individuel. ■

*Professeur Pierre Angel
e Janine Pages Berthier*

BIBLIOGRAPHIE CONSULTADA

- (1) OLIVENSTEIN Claude – *La souffrance du sujet desintoxiqué* – in *La clinique du Toxicomane*, Paris: Editions Universitaires, 1987.
- (2) OLIVENSTEIN Claude – *Aspects psychodynamiques du développement et du devenir d'un toxicomane* – in *Confrontations psychiatriques*, n° 28, T907.
- (3) MARLATTE G. Allan Ed., GORDON Judith R. – *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* – New York; London: The Guilford Press, 1985 – 558 p.
- (4) POMMIER François, TAOBADA M. José – *Préliminaires à une prise en charge psychanalytique du toxicomane* – In *Esquisses psychanalytiques*, 1988, 9, Printemps.
- (5) FREUD Sigmund – *Remémoration, répétition et élaboration* – 1914 – In *La technique psychanalytique* – Editions PUF, 1967.
- (6) FREUD Sigmund – *Au delà du principe de plaisir (ch. 5: La contrainte de répétition, obstacle au principe de plaisir)* – 1920 – In *Essais de psychanalyse* – Editions Payot, 1968.
- (7) Cf. CHARLES – NICOLAS Aimé – *Vingt ans après...*
 “La post-cure protège des tentations de l'offre, elle permet au toxicomane de penser à autre chose qu'au produit, elle répond au besoin d'être protégé contre la drogue et elle induit au compromis et à la négociation”.