

LES FEUILLETS PSYCHIATRIQUES: 5/4, 421-591 (1972).

Effets non pharmacologiques des drogues et position paranoïde

par C. MORMONT

LES FEUILLETS PSYCHIATRIQUES: 5/4, 421-591 (1972).

Effets non pharmacologiques des drogues et position paranoïde

par C. MORMONT

Lors d'un séminaire consacré aux effets indésirables des médicaments, quelques hypothèses psychologiques susceptibles d'expliquer certains de ces effets avaient été avancées. Ces hypothèses sont fondées sur le concept kleinien de position paranoïde, concept qui, en dehors de toute théorie générale et de toute querelle d'écoles, respecte un certain style d'organisation qui s'observe dans la clinique et s'exprime aux épreuves projectives.

L'idée de rapprocher position paranoïde et état de maladie vient des analogies que présentent ces états, analogies telles qu'il n'est pas absurde de penser que la maladie réactive quelquefois les angoisses et mécanismes propres à la position paranoïde.

Trois objections principales ont été faites à ces hypothèses. La première vient du "pharmacologue" qui constate quotidiennement l'efficacité des drogues qu'il prescrit et qui considère comme marginales les réactions aberrantes à sa médication. Une hypothèse psychologique supplémentaire concernant ces phénomènes mineurs ne l'intéresse guère et lui semble rarement vraisemblable, d'autant que la biochimie, le conditionnement et la suggestion offrent des informations plus tangibles et positives.

La deuxième objection, celle du "psychothérapeute", est diamétralement opposée à la première: le médicament n'a de valeur que parce qu'il s'inscrit dans la relation thérapeute-patient; concevoir la drogue comme n'étant pas qu'un signifiant dans la relation thérapeutique va à l'encontre du désir de ce "psychothérapeute".

Ces deux objections fondées sur des faits convaincants ne peuvent être que partielles, sans quoi l'une excluerait l'autre, ce qui ne correspond pas à la réalité. Par ailleurs, elles négligent l'une et l'autre un élément qui n'est pourtant pas dénué d'importance: le désir ou la crainte d'absorber des substances "thérapeutiques" sont antérieurs à la pharmacologie et extérieurs à des phénomènes interpersonnels actuels. Nombre de personnes choisissent elles-mêmes le médicament qu'elles vont prendre ou confectionnent leurs remèdes. Encore que nous n'en apportions pas de preuves objectives, il est certain que cette "autothérapie" peut conduire à la guérison comme elle peut induire des réactions diverses que les propriétés chimiques des substances absorbées n'expliquent pas.

La troisième objection est à la fois clinique et théorique: puisque les mécanismes de la position paranoïde ne sont clairement observés chez l'adulte que dans les cas d'altération grave de la personnalité, ils ne pourraient rendre compte de phénomènes banals se produisant même chez des sujets considérés comme normaux. Les tenants de cette objection n'hésitent pourtant pas à souligner chez l'individu le plus mûr les traces de ses désirs oedipiens, la persistance de telle avidité orale, de telle satisfaction anale, de telle prétention phallique. Pourquoi dès lors refuser de voir chez ce même sujet la manifestation d'attitudes, d'angoisses, de défenses émanant d'autres niveaux ou d'autres styles d'organisation ?

Cela dit, il est indispensable de rappeler les caractéristiques principales de la position paranoïde-schizoïde: "Schématiquement, écrivent LAPLANCHE et PONTALIS, la position paranoïde-schizoïde peut se caractériser ainsi:

1. Du point de vue pulsionnel, la libido et l'agressivité (pulsions sadiques orales: dévorer, déchirer) sont d'emblée présentes et unies ... Les émotions connexes à la vie pulsionnelle sont intenses (avidité, angoisse etc.);

2. L'objet est un objet partiel, le sein maternel en étant le prototype;

3. Cet objet partiel est clivé d'emblée en "bon" et en "mauvais" objet, ceci non seulement en tant que le sein maternel gratifie ou frustre, mais surtout en tant que l'enfant projette sur lui son amour ou sa haine;

4. Le bon objet et le mauvais objet qui résultent du clivage (**splitting**) acquièrent une autonomie relative l'un par rapport à l'autre et sont soumis l'un et l'autre aux processus d'introjection et de projection;

5. Le bon objet est "idéalisé": il est capable de procurer "une gratification illimitée, immédiate, sans fin".

Son introjection défend l'enfant contre l'anxiété persécutive (réassurance). Le mauvais objet est un persécuteur terrifiant; son introjection fait courir à l'enfant des risques internes de destruction;

6. Le moi "très peu intégré" n'a qu'une capacité limitée à supporter l'angoisse. Il utilise comme modes de défense outre le clivage et l'idéalisation, le **déni** (dénial) qui vise à refuser toute réalité à l'objet persécuteur et le **contrôle** omnipotent de l'objet ...".

Selon M. KLEIN, l'enfant se trouve donc à un moment donné dans une position telle qu'il perçoit le risque interne d'être détruit par un mauvais objet persécuteur, ce dont il ne peut se protéger que par l'introjection d'un bon objet tout puissant.

Les éléments qui caractérisent cette position se retrouvent aussi de manière invariable dans l'état de maladie:

1. la maladie elle-même (mauvais objet faisant courir un risque interne de destruction);
2. le traitement (bon objet protecteur à introjeter);
3. le malade (avec son corps, son angoisse, ses désirs ...).

Il n'est pas inutile de reprendre chacun de ces points en détail:

1. **la maladie:** depuis toujours et pour des raisons variables (allant de la pensée magique à l'objectivation scientifique) la maladie a été perçue comme le résultat de l'invasion du corps par un agent nocif: mauvaises humeurs, esprits démoniaques, microbes, virus, substances chimiques etc. Au fil du temps, les connaissances se sont accrues et les théories explicatives ont évolué sans que change le vécu, l'expérience existentielle de l'état de maladie. Ce vécu semble proche, pour ce qui est des données fondamentales, du vécu de la position paranoïde, le corps étant le lieu des mêmes affrontements et l'objet des mêmes angoisses.

2. **le traitement:** l'orientation de la démarche thérapeutique a toujours été de trouver le meilleur moyen de combattre l'agent nocif agresseur. Des rites d'exorcisme aux potions, remèdes, philtres, invocations et jusqu'aux produits de synthèse les plus modernes, le but a toujours été de détruire, d'expulser, d'annihiler l'objet pathogène.

3. **le malade:** il est probable enfin que les attitudes du patient à l'égard de la thérapeutique n'ont pas davantage changé; la transformation des connaissances et des moyens d'action n'a pas plus modifié l'attente du malade qu'elle n'a changé son vécu. Menacé dans l'existence même de son corps, le malade attend du thérapeute un "bon" objet à introjecter et qui doit le protéger des risques internes de destruction par le "mauvais" objet ou, en termes médicaux, il attend un médicament qui doit le protéger des risques internes de destruction par l'agent pathogène.

Si une analogie, aussi frappante soit-elle, ne prouve jamais que les faits analogues sont identiques (l'analogie de deux phénomènes ne permet pas d'affirmer qu'ils ont une même cause), il n'en reste pas moins vrai que pour un psychisme largement régi par les processus primaires de pensée, l'analogie peut induire une identité de réaction, de vécu.

On peut dès lors tenter de prévoir quelles sont les réactions possibles face aux médicaments en prenant appui sur ce que l'on sait de la position paranoïde.

1. Le sujet malade, dont le corps est envahi par un agent agresseur, attend du médicament qui lui est donné une protection totale. Il le vit comme un don de la "bonne" mère, le thérapeute étant, entre autres rôles, une émanation de celle-ci. Dans ce cas, l'effet du médicament ne peut être que bénéfique: il n'est pas rare qu'un patient se sente beaucoup mieux avant même que le médicament (quand il ne s'agit pas d'une substance inerte!) ait pu avoir une action pharmacologique (effet placebo);

2. Le malade perçoit le médicament comme un "mauvais" objet dispensé par le "mauvais" sein, impression dont le thérapeute ne peut le détourner même si une relation bien plus élaborée, mettant en cause des éléments plus tardifs (par exemple, oedipiens) existe entre le thérapeute et son patient. Avant d'absorber sa médication, le malade **sait** qu'il ne la supportera pas, qu'elle ne le guérira pas et même qu'elle va lui causer des dommages supplémentaires (effets nocebo);

3. Il s'agit du cas plus complexe et pourtant très fréquent où le sujet craint dès l'abord ou non, consciemment ou non, que la bonne drogue qu'on lui donne ne soit en fait un poison. La notion d'une telle duperie se retrouve aussi bien dans les idées délirantes d'empoisonnement du paranoïaque que dans l'histoire (que l'on se souvienne de la mort de Godefroid de Bouillon) ou dans les contes: toutes les ruses qu'emploie la marâtre (prototype exemplaire de la mauvaise mère) pour tuer Blanche-Neige ont le même canevas, elle présente toujours à Blanche-Neige un bel objet, désirable, attirant mais qui, au-delà de cette apparence, possède un pouvoir mortel (peigne empoisonné, pomme dont une moitié est bonne et l'autre empoisonnée ...).

L'angoisse irraisonnée d'être empoisonné est sans doute à l'origine d'une méfiance parfois inexplicable de certaines personnes à l'égard des médicaments, ou de réactions défavorables et imprévisibles succédant à l'absorption d'une drogue pourtant perçue dans un premier temps comme bénéfique.

Si le concept kleinien de position paranoïde permet de rendre compte de certains effets pharmacologiques - placebo ou nocebo - obtenus sur des sujets malades, il peut aussi éclairer quelque peu certains choix professionnels.

Il est plausible que ceux qui choisissent d'inventer, manipuler, délivrer, prescrire des substances thérapeutiques (et du même coup, des poisons) sont plus que d'autres susceptibles d'éprouver le désir d'affirmer leur bienveillante toute-puissance en combattant le mal, en niant ainsi toute hostilité actuelle et en réparant les traces de leur hostilité passée (ceci dans la perspective de leurs expériences fantasmatiques primitives et non dans le domaine de la profession présente).

Conformément aux lois du clivage, mécanisme-clé de la position paranoïde, le pharmacologue et le thérapeute veulent créer ou prescrire de "bons" objets et tolèrent difficilement l'ambiguïté de ces objets (même s'ils la reconnaissent sur un plan tout à fait rationnel).

Un exemple du caractère nécessairement bon de ces objets que dispense le thérapeute est fourni par le choix du terme placebo, je plairai, terme qui exprime clairement que c'est une activité positive que l'on veut attribuer à la substance inerte. Objectivement, on aurait dû choisir un terme neutre rendant compte de la neutralité du produit, ou un terme indéterminé traduisant le caractère variable et imprécis de la réaction engendrée.

Il est évident que tous les éléments évoqués ici se situent bien en deçà de la pensée scientifique, de la démarche expérimentale et de la conduite thérapeutique réfléchie. Ils n'en sont pas moins présents dans le psychisme de chacun et constituent cet irrationnel qui reste le déterminant le plus discret peut-être mais aussi le plus puissant de nos comportements, de nos affects, de nos désirs. Reconnaître son action ne signifie pas se soumettre à son principe: c'est au contraire la manière d'en désarmer les pièges et d'y trouver peut-être les moyens d'une action plus efficace. Il n'est pas utopique d'imaginer que le thérapeute soignera mieux ses patients s'il est plus au fait des plaisirs et angoisses les plus archaïques qui sous-tendent à la fois le choix de sa profession et les réactions de la personne qu'il veut soigner.