

DR. JACQUES MABIT

Médecin, fondateur du Centre Takiwasi

Article traduit de l'espagnol¹, publié en français par Takiwasi².

RÉSUMÉ

Nous avons observé une confusion dans le monde occidental entre les concepts de drogue et d'addiction, les notions de légalité et de légitimité et à propos des modifications des états mentaux.

L'idée maîtresse de cette discussion repose sur la production de l'altération des états de conscience qui constitue une recherche constante de l'être humain, comme du reste des animaux, à travers toutes les cultures et en tout temps. Au point que cette dernière se présente comme une conduite fondamentale menant à une amplification de la conscience en tant qu'évolution naturelle de la vie.

Mais alors que dans les sociétés occidentales cette induction de perceptions nouvelles se pratique de manière anarchique, dans les cultures ancestrales il existe une maîtrise de techniques favorisant l'exploration d'autres niveaux de réalité et qui inclut très souvent l'utilisation de substances psychotropes. Dans ces groupes-ci, les thérapies traditionnelles comprennent l'usage de ces pratiques d'altération de la conscience sans que cela signifie un quelconque état d'addiction, ou de dépendance, comme cela se rencontre nos sociétés modernes.

De plus, l'utilisation adéquate de ces substances psychotropes et des techniques qui leur sont liées permet aux médecines traditionnelles de proposer un traitement des addictions contemporaines. Son efficacité ne repose pas seulement sur le maniement précis de plantes médicinales mais aussi sur un complexe corpus de connaissances qui possède simultanément un triple niveau d'action : physique, mental et spirituel.

Le malade toxicomane se propose en quelque sorte une contre-initiation solitaire qui mène à sa propre désintégration. Le shamanisme lui propose au contraire le défi d'une initiation véritable qui lui permette d'intégrer et de métaboliser les manifestations de son univers intérieur et de procéder ainsi à un ré-ordonnement intrinsèque. Il lui indique une méthode susceptible de lui donner accès au sens profond de sa propre vie.

Dans ce contexte, le thérapeute est invité également à explorer son propre univers interne avant d'intenter de guider ses patients. La reconnaissance dans la vie d'une dimension sacrée et transcendante constitue la condition d'une intervention efficace du thérapeute et d'une guérison correcte de l'addiction.

¹ MABIT J., "El saber médico tradicional y la drogadicción",

In: Revista *El Filósofo Callejero*, N°7, Abril 1995, pp. 10-17, Santiago de Chile, Chile.

In: *Revista de Medicinas Alternativas*, Especial Perú, Año I, 6, nov-dic 1997, pp.30-41, Madrid, España.

² URL: "http://www.takiwasi.org"

1. QUE SIGNIFIE "DROGUE" ?

Pour aborder le phénomène des drogues il est nécessaire d'apporter quelques précisions préalables sur les concepts pour le moins confus d'addiction et de toxicité. Qu'est-ce qu'une drogue et qu'y a-t-il à l'arrière-plan de la consommation elle-même ?

Quand il est utilisé dans un **contexte scientifique**, le mot "drogue" désigne toute substance minérale, végétale ou animale, naturelle ou synthétique qui possède des effets sur la physiologie. On parle de drogue stimulante, narcotique, sédatif, etc. Selon ce concept, ainsi que l'indique le dictionnaire, "drogue" est synonyme de "médicament".

En anglais, "drugstore" (magasin de drogues") se réfère à une pharmacie. En français, "droguerie" désigne un magasin de produits chimiques divers (solvants, peinture, produits de nettoyage, etc.).

Sans aucun doute, la **connotation populaire** actuellement dominante du mot "drogue" renvoie à une substance susceptible de provoquer une addiction. Celle-ci se manifeste par une dépendance croissante au produit qui doit être consommé en quantité et rythme toujours plus importants. En son absence il apparaît un syndrome de manque avec malaise psychosomatique que seul peut calmer une nouvelle ingestion du produit incriminé. Généralement ce concept embrasse peu de produits connus (cocaïne, pâte base de cocaïne, morphine, héroïne, haschich, marijuana...).

Nous nous trouvons pour chacun de ces concepts face à une insuffisance de discernement. Le concept scientifique ne prend pas en compte la notion d'addiction, ou de dépendance, et rassemble en un seul vocable une substance très destructrice et nuisible comme la pâte base de cocaïne, des produits aux puissants effets hallucinatoires mais non addictifs tels le LSD (acide lysergique) ou l'Ayahuasca (harmina) et des substances relativement bénignes comme la vitamine C (acide ascorbique) ou la menthe...

Le concept populaire a l'avantage de souligner les aspects psychosociaux de la dépendance mais en même temps oublie derrière une série de substances satanisées (à juste titre peut-être) d'autres substances potentiellement très dangereuses mais laissées de côté pour être des "drogues culturelles" comme l'alcool, le tabac, le sucre raffiné, les médicaments corticoïdes, les anxiolytiques, etc.

2. ADDICTION A LA DROGUE ET TOXICITÉ

C'est pourquoi il nous paraît préférable de porter notre attention sur le concept d'addiction ou de dépendance qui constitue le problème principal face à la consommation de n'importe quel type de substances psychoactives.

L'addiction à la drogue est la résultante de l'interaction de trois facteurs : une substance, un consommateur et un contexte. Considérés séparément, aucun de ces éléments n'est en lui-même capable de provoquer une pathologie addictive. Ce qui est requis est la potentialisation, ou synergie des trois.

Aucune substance psychotrope ne produit l'addiction par elle-même. Davantage, la même substance peut constituer selon les contextes un médicament curatif ou un produit toxique. En médecine, la cocaïne sert comme anesthésique, la morphine comme sédatif. Presque toutes les "drogues" connues de nos jours comme néfastes ont été pendant longtemps comme des médicaments, voire des panacées. La première chose qu'offrirent les natifs aux conquérants espagnols fut du tabac car il était considéré comme "la chair des dieux", la principale médication indigène (Bulher-Oppenheim, 1949).

Mise à part la dose, c'est le contexte qui détermine des réactions psychosomatiques très différentes chez le consommateur. Comment comparer la marijuana consommée parmi les prêtres hindous et celle que fument les

jeunes dans un contexte ludique et urbain ? Le vin de messe doit-il être interdit au nom des risques d'alcoolisme ? Le café (la caféine) fut un médicament stimulant avant de se trouver banalisé par l'effet de la consommation familiale quotidienne, au point de susciter des cas d'intoxication aiguë et chronique.

Ainsi, selon le contexte, la même substance peut permettre à l'être humain de progresser dans sa vie ou de régresser.

Il n'existe pas non plus de substance "toxique" en soi vu que tout dépend de la dose, du sujet qui consomme, de la manière de consommer et du contexte affectif, émotionnel, religieux, rituel. L'homéopathie témoigne des effets inverses d'une même substance à doses "toxiques" et en dilutions infinitésimales : cela même constitue la base de sa pratique. Ainsi, si le venin de la guêpe peut provoquer des réactions toxiques quand l'animal l'injecte à une personne, ce même venin à hautes dilutions (*Apis Melifica*) peut à l'inverse guérir une personne présentant un tableau symptomatique similaire à celui de l'intoxication par ce venin.

La toxicité signifie une interaction entre une substance et un récepteur de celle-ci. Si le récepteur change, la substance peut engendrer des effets différents. Le lait de vache peut intoxiquer une personne présentant une carence de lactase (caractéristique de certaines races) et dans d'autres cas être l'alimentation de base d'autres groupes humains (les Masaï par exemple).

La marijuana peut se montrer bénigne chez certains individus et provoquer des syndromes très dangereux de confusion mentale et d'intoxication chez d'autres sujets. En d'autres termes il existe une notion de susceptibilité individuelle qui interfère notablement sur le concept de toxicité.

Si l'alcool est potentiellement une drogue, personne ne peut confondre sa consommation religieuse lors des bacchantales dans les temples de Dyonisios ou durant l'ivresse rituelle de certaines traditions japonaises avec l'alcoolisme au quotidien, les saouleries de groupes en goguette ou les beuveries du samedi soir.

Les mêmes substances possèdent des connotations très différentes dans l'espace et dans le temps, d'une époque à une autre, d'une civilisation à une autre (Escohotado, 1989).

En tout temps et dans toutes les civilisations, les communautés humaines ont utilisé diverses substances minérales, végétales ou animales tentant d'explorer divers états de conscience. On peut dire que la consommation de "drogue" constitue un élément intimement lié à l'être humain dans les conditions de temps, d'espace et de culture les plus variées (Schivelbusch, 1991).

Il reste la question : pourquoi l'être humain cherche-t-il infatigablement à modifier ses perceptions, ses sensations, et par ce faire à porter son regard au-delà de l'immédiat et du quotidien?

Et cela, tous nous continuons à le pratiquer de façon permanente et souvent tout à fait inconsciente (cf.4).

Analyser l'addiction en ne considérant que les substances incriminées, si elles sont légales ou non, constitue une vue simpliste, très limitée et finalement dépourvue de sens.

3. LÉGALITÉ ET LÉGITIMITÉ

La réflexion sur les drogues mène très souvent à une radicalisation sur des positions extrêmes : actuellement, le groupe qui défend l'interdiction totale de toute substance psychotrope (qui modifie la psyché) l'emporte sur le groupe minoritaire qui revendique la levée de toute restriction sur la distribution et la consommation de psychotropes.

La première attitude prend le risque de menacer la liberté individuelle, de participer à une dévitalisation des cultures autochtones et finalement de favoriser le trafic de drogue. La seconde feint de méconnaître le danger réel de la consommation abusive, omet l'extrême importance du contexte d'ingestion et déresponsabilise l'individu face à la collectivité et vice-versa.

Nous considérons que le problème demeure mal posé quand on se situe d'emblée sur le terrain de la légalité sans prendre en compte les facteurs de légitimité. Avant de savoir s'il est légal ou non de consommer telle ou telle autre substance il s'agit d'en déterminer la légitimité, ce qui suppose d'**atteindre le Sens Profond** qui alimente l'acte du consommateur et qui permet de distinguer le toxicomane du guérisseur ou du prêtre ingérant des psychotropes, le sujet dépendant, de l'authentique initié s'acheminant sur les voies de la connaissance.

Mais avant d'essayer de distinguer ces différences, nous ne pouvons éviter de considérer que tous ces "consommateurs", de jadis et d'aujourd'hui, d'ici et de là-bas, partagent quelque chose en commun : ils ont recours à l'utilisation de substances pour altérer leur système sensoriel, déplacer leur champ de perception. **Modifier l'état ordinaire de conscience** semblerait être leur objectif commun.

4. SOMMES-NOUS TOUS DES DROGUÉS ?

Une grande part de la conduite addictive est inconsciente et en l'observant de plus près nous constaterons que tous, d'une manière ou d'une autre, présentons des attitudes ou comportements de "drogués".

Quotidiennement nous prenons des médicaments pour dormir ou pour nous stimuler, pour calmer la douleur ou nous relaxer. Nous absorbons du café, des liqueurs, du chocolat, du thé, de la bière... Combien savent que le sucre raffiné est une drogue potentielle quand ils le versent dans leur tasse ou quand ils mangent une délicieuse confiserie ? Il suffit de priver ce consommateur habituel (comme nous le sommes presque tous) de ses produits sucrés pour qu'il devienne nerveux, irritable, de mauvaise humeur, agressif, affaibli... et qu'il se mette à chercher avec anxiété un bonbon ou une pâtisserie pour se tranquilliser momentanément... jusqu'au moment où l'hypoglycémie lui exige à nouveau une dose de glucose. Les variations du sucre dans le sang affectent directement le système nerveux central et avec le temps l'instabilité de la glycémie engendre un état de dépendance et d'addiction aux sucres.

Comment affronter le fait qu'en France il existe un record de consommation de sédatifs ? Sur 55 millions d'habitants, 16 millions prennent quotidiennement des anxiolytiques, se droguent avec ces médicaments dûment légalisés et autorisés à la vente publique.

Nous supposons innocemment que tous ces médicaments sont passés par le contrôle nécessaire et que leur consommation est supervisée par le corps médical. Or il s'avère qu'il ne s'écoule pas un mois sans qu'un produit pharmaceutique auparavant "scientifiquement garanti" soit retiré de la vente pour ses "effets secondaires ou collatéraux". C'est par exemple le cas du somnifère "Halcion" retiré du marché alors que des millions de personnes le consommaient quotidiennement.

Combien de malades ne peuvent se passer de leur corticoïde, de leur anti-comitial (épileptiques), de leur anti-inflammatoire, de leur anti-acide, de leur anti-asthmatique... ? Ils font montre face à ces produits d'une attitude de drogués : ils demeurent dans leur dépendance, nécessitent de doses toujours croissantes et plus fréquentes et à se voir supprimer ou diminuer brutalement le produit ils manifestent un syndrome de manque avec recrudescence de leur pathologie. L'intérêt éventuel de ces médications ne les exonère cependant pas de cette aliénation dommageable.

De plus, dans le domaine social il est évident que l'addiction, selon la même définition, se rencontre avec des excitants autres que des substances à ingérer. Par exemple ils sont nombreux ceux qui ne peuvent vivre sans

s'étourdir régulièrement (sinon toute la journée) avec de fortes doses de vibrations sonores (radio, télévision, téléphone, vacarme urbain...) ou avec une indigestion d'images et d'informations (intoxication de données difficilement métabolisable), par une hyperactivité permanente, un bavardage infatigable (logorrhée), etc. Il est prouvé que si on place en plein silence (forêt ou désert) une personne qui vit dans un tel contexte urbain, trépidant et accéléré, elle n'est pas capable de jouir de cette paix : il se crée rapidement un syndrome de manque et une désorientation temporo-spatiale. Cet état perceptif habituel du sujet ainsi modifié constitue initialement un puissant générateur d'angoisse équivalent à un syndrome de manque qui devra être dépassé pour permettre l'accès à la jouissance du calme de la nature.

Si nous considérons donc que tous utilisons des substances psychotropes et nous soumettons à de multiples excitants d'une manière plus ou moins "addictive", le concept de dépendance aux drogues prend une autre connotation. Nous ne pouvons plus simplement tracer une ligne de protection afin de marginaliser une fraction de la société, le sous-groupe des "drogués".

Ce problème remet en cause notre façon collective de vivre, de percevoir et l'idée que nous avons de la vie sociale et individuelle.

5. MODIFICATION DES ÉTATS DE CONSCIENCE

L'alcoolique avec son verre, le shaman amazonien avec l'ayahuasca, le prêtre Bwiti avec l'iboga, l'asthmatique avec son inhalateur, le boulimique avec son incessante ingestion de nourriture, vous-mêmes dans votre voiture avec le volume de la radio poussé très haut, votre voisine avec ses sédatifs, votre beau-frère avec sa pipe...tous, consciemment ou non prennent part à un acte commun : ils modifient leur état de conscience. Ils transforment leurs perceptions du moment au moyen de l'introduction dans leur champ perceptif d'un élément exogène susceptible de changer leur sensation profonde, leur présence à l'instant, au lieu, à leur propre corps, à la connaissance de leur existence dans le monde, ici et maintenant.

Mais on peut remarquer qu'avant de chercher à les modifier, il existe de nombreuses situations lors desquelles les états de conscience de l'être humain varient spontanément.

De manière naturelle, quand nous dormons nous expérimentons une modification de l'état habituel de conscience diurne, vigile. Dans le sommeil même, il y a de grandes variations de la conscience comme l'indiquent les rythmes de l'électroencéphalogramme : de l'hyperactivité mentale du **rêve** jusqu'à la profonde immersion dans la lenteur des rythmes téta du **sommeil profond**. Ces modifications nocturnes de la conscience sont en outre indispensables pour pouvoir maintenir la vie.

Durant les relations amoureuses et jusqu'à atteindre l'**orgasme**, il se produit une profonde modification de la conscience que tout individu peut expérimenter.

De même, chez le sportif réalisant un **effort surhumain** jusqu'aux limites de sa capacité, peut survenir une altération de sa perception habituelle de la réalité. Le temps, l'espace, la notion du moi, de la douleur, se trouvent totalement transformés.

Il existe toute une littérature sur les explorations des **expériences proches de la mort** (Kübler-Ross, Moody, Van Eesel). Certains sujets présentent une mort clinique durant plusieurs minutes, jusqu'à plusieurs heures, pour ensuite reprendre vie spontanément ou par réanimation. Ils racontent alors avoir expérimenté un état de conscience différent, la sensation de sortie de leur corps physique au moyen d'un corps éthérique, des visions de lumière, l'impression de déplacement à grande vitesse, la visualisation d'êtres chers défunts ou d'entités surnaturelles, etc. Il ne s'agit pas ici de se prononcer sur la véracité de ces visions et sensations mais bien de constater que chez des sujets totalement différents quant à la culture, la classe sociale, l'âge, le sexe, la race, *etc.*, il

existe une convergence des vécus qui dépasse le simple hasard et qui pose une interrogation sur les possibilités pour l'être humain d'accéder à d'autres niveaux de conscience sinon à d' "autres mondes", objectifs ou subjectifs (si une telle distinction vaut encore ici).

Les cas ne manquent pas de personnes ayant expérimenté des vécus similaires pendant une **anesthésie** en salle d'opération sans que l'objectif du corps médical n'ait été ici de provoquer un "voyage" de cette nature et sans que le sujet n'ait eu non plus le désir de "voyager" de la sorte.

L'**extrême douleur**, tout comme l'extrême plaisir, peut aussi induire une altération des perceptions habituelles. Durant l'**accouchement**, de nombreuses femmes n'arrivent plus à distinguer entre la douleur et le plaisir. Des individus en situation de souffrance intense (torturés, naufragés, accidentés) portent témoignage de phénomènes perceptifs anormaux, inhabituels.

En résumé, de nombreuses situations extrêmes, intenses, mènent l'être humain à briser son schéma mental et perceptif et à entrer dans des "mondes" dans lesquels les références changent totalement et où tout particulièrement la notion du moi individuel tend à se modifier. Ce dernier peut même aller jusqu'à s'évanouir pour faire apparaître une conscience plus ample où se voit dépassées les limites conventionnelles de l'espace-temps socialement défini et ontologiquement acquis.

Une telle intensité n'est pas toujours liée à une amplification des stimuli, elle peut aussi provenir de leur réduction ou privation. La musique modifie la conscience aussi bien que le silence total, le mouvement frénétique comme l'immobilité parfaite, la saturation visuelle comme l'entière obscurité. Ainsi que des études de physiologie l'ont démontré, l'isolement sensoriel induit des altérations profondes des notions d'espace-temps. L'effacement des références habituelles conduit à l'apparition de phénomènes perceptifs altérés (voir par exemple les effets des caissons d'isolement sensoriel de John Lilly ou des séjours prolongés dans les gouffres de Michel Siffre).

La vie de l'être humain s'inscrit dans un spectre perceptif obéissant à des normes. Chaque fois que se franchissent, par excès ou par défaut, les limites de ce spectre, l'individu expérimente des altérations de l'état de conscience dit ordinaire.

6. ET LES ANIMAUX ?

Un fait ne peut manquer d'attirer l'attention : les animaux non plus ne perdent aucune occasion d'altérer leurs perceptions. S'ils rencontrent par hasard un type quelconque de substance psychoactive, ils la consomment et tendent intentionnellement à renouveler cette consommation.

Ce comportement s'observe chez presque toutes les espèces. Ronald Siegel, accompagné d'une équipe importante, a réalisé une longue étude sur les comportements animaux et les drogues (Siegel, 1990); il écrit :

"Après avoir goûté une variété de nectar de certaines orchidées, les abeilles tombent au sol dans une stupeur temporaire et ensuite retournent en consommer davantage. Des oiseaux se repaissent de baies énivrantes pour se mettre à voler ensuite sans but. Les chats respirent avec avidité des plantes aromatiques et se mettent à jouer avec des objets imaginaires. Les vaches ruminant certaines graines se secouent, tournent en rond et retournent de façon incoordonnée vers la même plante. Les éléphants s'enivrent à dessein avec des fruits fermentés.

L'ingestion de "champignons magiques" provoque chez les singes la posture du Penseur de Rodin, assis avec la tête entre les mains." (op. cit. p.11).

L'être humain a découvert de nombreuses plantes psychotropes grâce à l'observation du comportement animal. C'est ainsi qu'en Abyssinie fut découvert le café en constatant que les chèvres devenaient très agitées après en

avoir consommé.

Finalement, Siegel peut affirmer : "dans tous les pays, chez presque toutes les espèces animales, j'ai rencontré des exemples de consommation de drogue non seulement accidentelle mais bien intentionnelle. Les milliers de cas étudiés m'ont convaincu que la recherche par les animaux de toxiques est un comportement naturel dans le règne animal" (p.13). Et il la considère comme **la quatrième conduite instinctuelle** après la faim, la soif et la reproduction.

Si les trois premières conduites visent la survie de l'espèce et de l'individu, la quatrième **aurait comme finalité l'amplification de la conscience**, la tendance spontanée à en explorer de nouveaux états ou niveaux.

7. L'UTILISATION ANCESTRALE DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES

S'il est avéré que dans un contexte occidentalisé nous cherchons tous de façon confuse et très souvent inconsciente à modifier notre conscience ordinaire, dans les sociétés traditionnelles les individus connaissent une manière organisée de modifier leurs perceptions habituelles. Particulièrement, les prêtres-médecins empiriques ont élaboré des méthodes pour franchir les seuils du spectre perceptif habituel. Ainsi Mircea Eliade est arrivé à considérer le shamanisme comme une des "techniques de l'extase" (Eliade, 1990).

Pour ce faire, ils mirent à profit de multiples types d'induction: musique, danse, rythmes vibratoires, douleur extrême, isolement sensoriel, jeûne et bien sûr l'utilisation d'une vaste gamme de substances minérales, végétales ou animales à effets psychotropes (Ratsch, 1989).

Les modifications des états de conscience ont été également la clé de voûte de nombreuses cultures. Sur le continent américain, que seraient les Huicholes sans le Peyotl, les Mochicas sans le cactus Sampedro, les natifs de l'Amazonie sans la liane Ayahuasca, les habitants des Andes sans la Coca ? (Schleiffer, 1973).

Ces plantes s'utilisent toujours dans un contexte rituel possédant une dimension religieuse, mystique, curative. Elles sont les "plantes des dieux" où l'aliment des dieux comme on les a nommées parfois (Furst, 1972; McKenna, 1992). "Plantes-maîtresses" (Chaumeil, 1994), elles trouvent place au sein d'un ensemble de pratiques et représentations (mythiques, alimentaires, sanitaires, agronomiques, etc.) qui forment la culture ethnique. Leur utilisation passe nécessairement par un processus d'apprentissage rigoureux, respectueux de tabous, interdits et suivant des règles précises. Elles constituent généralement un instrument des initiations qui ont lieu durant les différentes phases de la vie de l'individu et de la collectivité.

Sur la base du développement des techniques de maniement des modifications de l'état de conscience, les groupes autochtones ont élaboré "leur" science qui est à la fois une religion puisqu'elle inclut toujours une relation à la transcendance, au divin. Les méthodes d'exploration de l'au-delà par l'usage des psychotropes ou d'autres pratiques d'altération de la conscience, ont permis de parler aux dieux, de communiquer avec l'esprit des plantes, des éléments naturels et ainsi de structurer un réseau cohérent de relations avec le monde invisible.

Prétendre dresser un interdit généralisé sur toutes les substances psychoactives traditionnelles signifierait éliminer tout shamanisme, toute pratique de guérissage. Cela reviendrait à ignorer ou dédaigner une sagesse qui embrasse de multiples sociétés, et même à nous couper des racines de nos propres cultures (Camino, 1987). Cet usage empirique jouit d'une expérience millénaire et de résultats incroyablement élaborés quand on se propose de les approfondir.

Enfin pouvons-nous laisser de côté le fait que dans le monde la grande majorité des hommes a seulement accès à la médecine traditionnelle, majoritaire, moins coûteuse et acceptée culturellement ?

8. L'UTILISATION MODERNE DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES

Depuis le siècle passé, les poètes furent les premiers à utiliser les substances psychotropes pour l'exploration de l'inconscient (De Quincey, Baudelaire, James, etc.).

Au cours du XXème siècle, les scientifiques prêtèrent de plus en plus attention aux possibilités d'exploration des fonctions mentales au moyen de l'utilisation de produits modificateurs de la conscience. Certains s'inspirèrent directement des traditions shamaniques (Naranjo, 1973; Achtenberg, 1985) pour proposer des techniques thérapeutiques de remémoration des traumatismes enfouis dans l'inconscient.

La découverte du LSD (acide lysergique) dans les années quarante par le suisse Albert Hoffman ouvrit un nouveau champ pour l'investigation. Aux Etats-Unis et en Europe les recherches sur ce sujet furent cependant bloquées dans les années soixante. La sous-culture américaine encourageait parallèlement l'usage in-discriminé de substances psychotropes conduisant ainsi de nombreuses personnes à la dépendance.

Dans les pays de l'Est pourtant les recherches se poursuivirent dans les laboratoires et les hôpitaux (Kungurtev, 1992; Grof, 1980). Les recherches sur les états modifiés de conscience induits par les psychotropes reprurent finalement au cours du second semestre de l'année 92 à partir de la levée de l'interdit imposé aux Etats-Unis concernant le LSD. Dès 1993, des recherches ont repris à partir de l'usage ancestral de substances psychotropes afin d'étudier leurs possibles applications dans le traitement des toxicomanies : c'est le cas à Milan du Pr. Erspamer (découvreur de la sérotonine) qui se penche sur les effets des sécrétions cutanées psychotropes d'un crapaud amazonien utilisées par les indiens Matsés dans leurs pratiques shamaniques (Erspamer, 1993) ou encore celui du Pr. Juan Sanchez-Ramos de l'Université de Miami qui étudie les effets de l'ibogaïne d'usage rituel ancestral chez les Bwiti d'Afrique équatoriale (Pekkanen, 1993; Kong, 1992).

Ces variations dans les politiques des gouvernements de l'Ouest expriment l'incertitude de la culture occidentale quant à l'exploration induite des états mentaux, son malaise en ce domaine et sa grande ignorance du maniement contrôlé des psychotropes.

9. PSYCHOTROPES TRADITIONNELS ET ADDICTION

Nous pouvons constater que la sagesse ancestrale est à même de tirer profit des modifications induites des états mentaux sans dommage et sans conséquences nuisibles à long terme. Le corpus de connaissance du shamanisme révèle une grande aptitude à manier les altérations de la conscience au moyen de l'utilisation de psychotropes **sans provoquer aucune dépendance**. L'addiction à la drogue est absente des cultures traditionnelles alors que les modificateurs de la conscience y sont largement utilisés.

De plus, les médecines traditionnelles présentent une réelle aptitude à favoriser l'**induction contrôlée d'états modifiés de conscience pour soigner les addictions "modernes"**.

Au Pérou, Chiappe a mis en évidence les résultats très encourageants du traitement de l'alcoolisme sur la Côte Nord par les guérisseurs utilisant le cactus à mescaline (Chiappe, Lemlij, 1985).

Le Centre Takiwasi dans la ville amazonienne de Tarapoto se propose de traiter les toxicomanes à la pâte base de cocaïne en associant la psychologie contemporaine et les connaissances shamaniques amazoniennes, réunissant thérapeutes modernes et thérapeutes indigènes au cours des rituels curatifs comme ceux de l'Ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*).

En Thaïlande, au monastère bouddhiste de Tham Krabok, les moines-guérisseurs Tudong traitent les héroïnomanes depuis plus de trente ans. Les résultats sont impressionnants : plus de 70.000 cas traités en 30 ans.

Au Brésil, la psychiatre Svetlana Vasconcelos coordonne le traitement de toxicomanes avec les maîtres du Candomblé (pai de santo), pratiques rituelles afro-brésiliennes qui incluent des trances de "possession" par les dieux (orixas).

En Inde, la méditation Vipassana offre aussi des voies de sortie à la dépendance aux drogues. De même la religion Vaudou à Haïti...

Elargissant ainsi notre vision, la dépendance à la drogue se présente sous une forme très différente : il ne s'agit plus du problème marginal d'une fraction désorientée de la société occidentale. Elle constitue un problème qui remet en cause la manière de vivre et de percevoir, le concept que nous avons de ce qu'est l'être humain, du sens de son existence, de la nature de nos relations à nous-mêmes, à la société, à la nature et finalement (ou essentiellement) à la transcendance, au sacré, au spirituel.

Nous avons besoin d'une réflexion plus approfondie au lieu d'une simple discussion académique de type légal, juridique, politique ou économique. Un examen de fond s'impose : **qu'est-ce qui pousse l'être humain à consommer des substances psychotropes ?** Quelle est la finalité de la modification de sa conscience ordinaire ? Quelle est la différence qui pourrait exister entre une personne qui consomme une substance psychotrope dans un contexte curatif, thérapeutique, religieux qui lui permet de se sentir mieux, plus saine, plus équilibrée et une personne qui la consomme dans un contexte initialement ludique et qui progressivement se dégrade, se déconnecte de la société, perd ses liens familiaux et finit par se séparer de lui-même, se scinder de façon schizoïde ? En quoi réside cette différence ? Où se trouve le noyau du problème ?

Finalement : pourquoi l'être humain (ainsi que l'animal) tend-il à amplifier constamment son spectre perceptif, dans toutes les cultures, tous les pays et en tous temps ?

10. INITIATION ET CONTRE-INITIATION

Dans l'addiction aux drogues s'exprime une tentative (presque toujours) inconsciente de franchir les barrières du monde individuel, personnel. Ce qui équivaut à vouloir dépasser les limites de l'esprit rationnel dont l'espace paraît n'offrir aucune réponse satisfaisante aux inquiétudes existentielles.

Parfois cette tentative est consciente et volontaire. Au début des années soixante, la sous-culture nord-américaine exposa ouvertement son programme "révolutionnaire" d'expansion de la conscience au moyen de l'utilisation de substances psychédéliques. La promotion in-discriminée des psychotropes mena à la consommation massive dont nous connaissons à présent les conséquences.

Bien que les pionniers de cette "révolution" reconnaissent s'être inspirés au départ de pratiques ancestrales (entre autres l'utilisation de l'Ayahuasca en Colombie et au Pérou et les conseils pratiques du Livre des Morts tibétain), ils se sentirent autorisés à "voler" seuls au lieu de suivre les degrés initiatiques. Ils argumentèrent de leur formation scientifique vu leur liens à l'époque avec l'Université d'Harvard.

Leurs recommandations étaient simples : "L'expérience est sans risque...tous les dangers que vous pouvez craindre sont des productions inutiles de votre esprit...essayez de garder la foi et confiance dans le potentiel de votre propre cerveau..." (Leary, Metzner, Alpert, 1964; Leary, 1983).

En d'autres termes, consciemment ou non, l'individu qui se drogue se propose une initiation sauvage que nous pouvons opposer à l'initiation shamanique.

L'individu se sent mal dans la vie, il éprouve une frustration constante de ses aspirations personnelles, ne discerne

aucune issue claire à son emprisonnement dans les problèmes quotidiens. Dans ce contexte si une occasion se présente d'expérimenter la drogue, de "voler", de "passer de l'autre côté " d'une réalité perçue comme ennuyeuse, grise, l'individu est prédisposé à accepter le défi. Le goût de l'interdit lui donne encore davantage de "raisons" pour franchir le pas puisqu'il pressent précisément que la réponse se trouve au-delà d'une limite, d'une frontière : il se peut que l'interdit social et parental soit cette frontière et la drogue l'instrument pour la franchir.

Ce franchissement se réalise en s'appuyant d'une certaine façon sur deux éléments : en s'opposant aux instances de l'autorité qui font preuve d'une carence d'affectivité (blessure affective) et en croyant à son ego, à sa force propre, à son "cerveau" comme disent nos scientifiques d' Harvard, en d'autre mots en appelant à l'inflation du moi, à l'orgueil.

En franchissant les barrières de la conscience ordinaire, au moyen de la consommation de quelque substance psychotrope, cette personne expérimente un nouvel état mental qui est (en utilisant le terme proposé par Rudolf Otto) "**numineux**". Autrement dit il possède un caractère "sacré", aux deux versants : positif et négatif.

Cette expérience ambivalente offre deux composants simultanés : "**tremendum**" et "**fascinans**" (François Laplantine, 1986 : 211-214).

La fascination enivre, exalte. La force séductrice est telle que le sujet demeure pour ainsi dire hypnotisé par un vécu qui dépasse tout ce qui lui aura été donné d'éprouver auparavant dans son existence, qui fait éclater ses cadres conceptuels, ses repères de réalité et qui va au-delà de ses rêves, illusions et imaginations.

De manière concomitante, la même expérience présente une forte charge de frayeur : par sa puissance, par la sensation du sujet de sa propre insignifiance, par l'approche de quelque chose de sacré, dangereux. C'est la "crainte" biblique envers une force inconnue, démesurée qui terrorise. Ici la crainte du divin équivaut à celle du diabolique : l'extrême beauté peut détruire tout comme l'extrême laideur pour qui n'est pas préparé à assumer ce face-à-face.

Le sujet montre alors une ambivalence similaire. Il ne peut maîtriser son attirance fondamentale à revivre les expériences de fascination et consomme de nouveau la drogue.

Parallèlement, des périodes d'angoisses, de terreur, de panique, de malaise quotidien se multiplient. Celles-ci poussent à reprendre la consommation pour essayer de reproduire la jouissance de la fascination tout en tentant d'échapper à l'horreur. Tout cela constitue une expérience de caractère mystique extrêmement forte pour laquelle le sujet n'est pas préparé, ne possède pas de guide. La dépendance aliénante à la drogue engage alors le sujet dans les voies de ce que nous appelons une contre-initiation. Dans le shamanisme, au contraire, le maître-guide et les degrés initiatiques permettent de se préparer progressivement et de façon contrôlée à une approche respectueuse du sacré.

11. INTÉGRATION ET DÉSINTÉGRATION

Face à la "dynamite" des drogues, les toxicomanes tendent spontanément à créer des rituels de protection. Ils possèdent leurs codes linguistiques, leurs lieux consacrés à la consommation, leurs gestes mécaniques qui parviennent à provoquer l'état modifié de conscience avant la consommation même de la drogue. Ces rituels artificiels sont non seulement inopérants en termes de protection mais de plus, en codifiant la consommation, ils la renforcent.

La société, froide observatrice de la dégradation opérée par les drogues, perçoit en même temps la terrible puissance de l'addiction. Elle essaye aussi de se protéger au moyen d'autres rituels de protection, tabous, interdictions qui n'apportent pas davantage de solution au problème mais au contraire le redoublent en

augmentant l'attraction de la jeunesse vers cette "limite" tant chargée de pouvoir. Thomas SZASZ décrit clairement cette "persécution rituelle de la drogue et des drogués" (SZASZ, 1976).

En effet, la difficulté qui surgit quand il se produit un franchissement brutal des barrières de la rationalité, des conventions sociales, des limites perceptives habituelles, des schémas mentaux, est l'intégration correcte de cette expérience nouvelle. Comment intégrer ces éléments qui, tout à coup, avec leur énorme charge énergétique, émotionnelle, excèdent la capacité de tout un chacun ? Comment métaboliser, ou assimiler ces données explosives pour se construire sur leur base ? Le manque total de protection, de préparation, de précaution, de guide n'offre ici aucune possibilité concrète d'intégration.

Le même problème se présente pour les individus confrontés à des expériences de modification de conscience spontanées, comme dans les cas décrits plus haut. Ce que les Anglo-saxons nomment "*peak experience*" (expérience de sommet) provoque dans la conscience ordinaire une effraction qui peut demander des années à l'individu pour parvenir à son intégration correcte, au prix de souffrance, de quête, de grands changements existentiels.

Cette intégration doit en outre se réaliser pour le toxicomane à tous les niveaux à la fois: physique, psychique et spirituel. La drogue, en tant que substance, s'emmagasine dans l'organisme. Les émotions s'accumulent dans un esprit débordé et doté d'une capacité toujours plus réduite à raisonner, se recentrer, s'organiser. La vie spirituelle dérive vers des formes aberrantes et perverses de toutes sortes servies par de nombreuses sectes où exercent des pseudo-maîtres psychopathes.

En d'autres mots, le sujet s'achemine vers la désintégration individuelle, suite de la désintégration de son noyau familial et social. Il perd ses références sociales et personnelles. La "perte du nord" est un désastre (des-astre). Le toxicomane agit comme le Prométhée de la mythologie grecque: le vol du feu céleste, il doit le payer attaché à un rocher, le foie dévoré par un aigle. Le toxicomane est attaché à la terre, pétrifié psychiquement et sacrifie progressivement son énergie (les analyses cliniques des malades dépendants de la pâte base de cocaïne révèlent un dommage hépatique). S'il n'est certes pas interdit d'atteindre le feu divin, cela doit se gagner au moyen d'un chemin "héroïque" et non par la tromperie et le vol (GRAVES, 1985).

12. LE ROLE DU SPIRITUEL

Afin d'arraisonner le sujet perdu de l' "autre côté" de la frontière, le thérapeute doit aussi apprendre à franchir lui-même cette barrière et à s'orienter dans cet "autre monde". Le shamanisme propose un cheminement contrôlé qui permet de s'introduire dans ces espaces inconnus et d'en revenir sain et sauf. Et il est une des rares techniques qui embrasse le niveau spirituel.

De nombreuses thérapies se limitent à restaurer un certain degré de santé corporelle à l'aide d'une désintoxication physique. D'autres vont plus loin en tentant de prendre en compte les aspects psychiques, les blocages émotionnels et mentaux. Elles sont rares les thérapies modernes qui prennent en considération la dimension spirituelle, presque toujours réduite au niveau mental. L'ignorance de la dimension spirituelle, mystique, est due fondamentalement à **l'évacuation du sacré des sociétés occidentales**.

L'addiction à la drogue manifeste en son principe l'aspiration à une authentique vie spirituelle, à la restitution d'un sens profond de la vie. Si l'on se refuse à prendre en compte le spirituel, le sacré, le religieux, ou le mythique (comme on voudra bien l'appeler), on ne peut comprendre véritablement l'addiction ni prétendre guérir aucun drogué. Aucune alternative thérapeutique ne peut fonctionner efficacement sans faire sienne la reconnaissance d'une dimension transcendante dans la vie et de façon ultime à la thérapie elle-même (GROF, 1992).

Le spirituel se constitue "au-dessus" de la dualité psychosomatique au sens où il la transcende. Il s'agit d'une dimension qui non seulement englobe, ou embrasse le psychique et le physique, mais qui aussi bien les dépasse.

L'expérience mystique, la rencontre avec le spirituel, constituent un vécu très difficilement exprimable. Sa nature est infra ou supra-verbale. Quand elle se produit, aucune formule ne vient s'élaborer- elle se vit et rien de plus. La formulation est un attribut de la pensée rationnelle, du niveau mental. Vouloir parler d'une expérience spirituelle revient donc toujours à la réduire, la rétrécir, la dévitaliser en partie. Au mieux, certains poètes comme Michaux ou Duits s'exercèrent à rendre compte de l'ineffable au moyen d'un langage métaphorique, analogique (le Christ a aussi eu recours aux paraboles) (Michaux, Duits, 1994).

C'est pourquoi quand nous parlons d'intégration à ce niveau il ne s'agit pas de l'intégration corticale supérieure au sens classique de la psychanalyse. Il s'agit bien plutôt d'une forme d'intégration qui pourrait se comparer à l'ouverture sur de nouveaux espaces, à la découverte d'arrière-plans inconnus qui seulement se laissent contempler.

Ainsi peut-on remarquer la difficulté à exprimer l'intensité de ces expériences tant de la part du toxicomane que du shaman. Leur conversation s'avère pauvre parce qu'ils ne trouvent aucun langage adéquat pour exprimer ce que leur vécu a de fort, de merveilleux ou d'effrayant. La différence réside probablement en ce que le toxicomane s'aveugle pour oser voir la lumière sans protection tandis que le shaman apprend patiemment à dessiller son regard intérieur pour "voir"; voir ou contempler.

13. ORGUEIL ET PERVERSION

Quels sont les traits dominants de la personnalité toxicomane quand celui-ci entre dans le processus de la dépendance ? Schématiquement, nous pouvons les ramener à deux principaux : l'orgueil et la perversion.

L'orgueil, très souvent, ne se manifeste pas clairement mais avance secrètement comme compensation à l'insignifiance du moi. Au fond de lui le toxicomane garde l'idée qu'il en sait plus que le thérapeute, qu'il est allé plus loin que lui dans ses explorations, qu'il s'est risqué dans des espaces que celui qui prétend le soigner ne peut même imaginer. Et jusqu'à un certain point il peut être vrai que le thérapeute conventionnel se protège derrière la littérature universitaire, l'accumulation de données académiques pour mieux dissimuler son ample ignorance sur ce que représente l'exploration des états différents de conscience.

Cependant, quels que soient le vécu et l'expérience du sujet toxicomane, il pèche par orgueil dans le sens où il procède à une inflation du moi en s'attribuant abusivement les effets des substances psychotropes qu'il ingère. En d'autres mots sa fascination pour ses expériences lui fait perdre de vue qu'il est aliéné à la drogue, qu'il a annexé sa liberté, qu'il ne maîtrise pas ce qu'il manie mais qu'il est au contraire dominé totalement par ce qu'il ne sait pas contrôler.

Le sujet s'attribue son expérience, la déclare sienne, se pose comme propriétaire de ses perceptions alors qu'en réalité ce sont elles qui le conditionnent. On peut dire qu'il se trouve dans un état de véritable "possession" par la drogue et l'univers mental qu'elle entraîne. Telle est la thèse que défend avec force et justesse l'orientaliste Alain Daniélou (Daniélou, 1992).

Le sujet a besoin de s'hypertrophier de cette manière pour apporter une réponse au profond sentiment d'insignifiance dont il faudrait rechercher l'origine dans son histoire personnelle et surtout dans la manière selon laquelle il l'a assimilée.

La fascination provoquée par la drogue et ses effets ne libère pas mais étourdit, paralyse, provoque un état de sidération mentale. L'inflation du moi résulte d'un mensonge à soi-même destiné à esquiver la vision de sa réelle

débâcle personnelle, des blessures affectives profondes et tellement douloureuses et à leur substituer un sentiment d'auto-dépassement, une illusion sur sa propre capacité à franchir tous les obstacles sans aucun dommage.

Derrière cela se profile l'inversion de toutes les valeurs : les humbles sont considérés peureux, les téméraires : courageux, les purs : inhibés, les pervers : libérés, etc. Nous devinons que de manière inconsciente le toxicomane désire voir jusqu'où il peut cracher à la face des dieux, violer les tabous, provoquer l'autorité... sans qu'il y ait réponse, châtement ni rappel à l'ordre.

En ce sens, la perversion est une quête tragique de l'ordre, ordre supérieur, ordre du monde. Quête provocatrice qui prend la forme d'un défi aux instances établies, aux rigidités sociales, aux conventions de la collectivité perçue comme hypocrite. Cet ordre supérieur mis au défi et ainsi indirectement sollicité nous conduit droit à la sphère spirituelle : y a-t-il ou non un ordre supérieur dans l'univers duquel nous sommes partie prenante ? Y a-t-il ou non des lois transcendantes, ontologiques, qui sont au-delà de nous, au-delà de l'être humain ? En d'autres mots, la vie, "ma vie", a-t-elle un sens ?

14. L'IMAGE DU PERE

Il se dégage de cette attitude du toxicomane que celui-ci est fondamentalement en quête d'une figure paternelle et qu'il est porté à la visualiser d'avance comme autoritaire, punitive, justicière. Il ne faut pas s'étonner si dans la biographie des toxicomanes, alcooliques et sujets à structures perverses une figure paternelle bienveillante et protectrice soit précisément absente.

Nombre de ces familles souffrent de la réelle absence d'un père doté des attributs définis auparavant. Même si le père a pu exister physiquement, il n'a pas manifesté sa présence ferme, chaleureuse, garante de sécurité. Les fonctions essentielles du père sont la protection et l'appui. Si cette figure n'a pas été présente ou si elle n'a pas été assumée par un homme de l'entourage, le sujet rencontre des difficultés pour se structurer, spécialement s'il s'agit d'un garçon.

Le père protège au moyen de l'établissement de lois, de règles du jeu, imposant un ordre. Pour être acceptable, cet ordre se doit d'être juste et de posséder pour unique finalité de permettre la croissance sûre vers la lumière de la conscience, le développement individuel de la responsabilité. L'autorité ne doit pas s'imposer verticalement d'une manière coercitive mais, s'il s'agit d'un père stable, solide, responsable, se manifester spontanément à travers sa conduite.

Selon ce schéma, la mère joue un rôle prépondérant en autorisant l'accès au père. Si d'une façon ou d'une autre, la mère présente à l'enfant une image négative, péjorative du père, elle ne facilite pas la relation directe père-enfant (père/fils-fille). L'absence du père se doit ainsi également à l'occultation de sa figure par une mère devenue alors invasive, perçue comme omniprésente, voire omnipotente. On retrouve ici la classique notion de "forclusion du père" de la psychanalyse.

Le désordre familial conduit à une inversion des attributs et rôles respectifs des images maternelle et paternelle. La mère devient autoritaire, dominante, super-protectrice, maintenant un lien de dépendance avec ses enfants. Le père se défait de son rôle et adopte une attitude féminine de passivité.

Ce schéma familial se rencontre de la même manière dans les relations aux figures maternelle et paternelle reconnues par la société (mère-patrie, père-état). Nous les trouvons également projetés dans les images religieuses (Dieu le Père, Vierge Mère, père soleil, terre-mère...). Remarquons qu'à ces niveaux aussi la quête de la figure paternelle mène à l'instauration de figures paternelles falsifiées comme le père dictateur ou le dieu père punitif et vengeur. La grande majorité des toxicomanes que nous traitons ont recherché à un moment ou un autre de leur existence, refuge dans les forces armées qui offrent illusoirement la synthèse des figures paternelle et maternelle

(machisme apparent et fusion dans le "corps" militaire).

La notion éthique du mal est consubstantielle à la nature humaine; autrement dit nous savons en notre for intérieur quand nous agissons mal. L'idée d'un père punitif nous conduit à penser que nous allons devoir payer pour nos mauvaises actions, que le dieu colérique va nous châtier sévèrement. Cette peur nous mène à l'auto-punition préventive afin d'anticiper ce qui supposément nous attend et d'essayer de cette façon d'atténuer la vindicte du père.

C'est ainsi que chez le toxicomane s'exerce une tendance auto-destructrice de grande ambivalence : à la fois appel du père pour qu'il manifeste présence et attention et paiement anticipé en prévision d'un terrible châtement éventuel.

Ce qui seul permet de sortir de ce cercle vicieux culpabilité-châtiment est la notion d'Amour, d'un Dieu aimant et qui pardonne. C'est aussi l'amour qui rend l'autorité acceptable parce qu'il justifie la loi et l'ordre. C'est l'Amour qui soigne et guérit.

15. ORDRE REEL ET ORDRE ARTIFICIEL

S'il existe donc chez le toxicomane une quête d'ordre intrinsèque et cohérent entre son microcosmos et le macrocosmos, la réponse à l'addiction doit prendre ce facteur en compte pour permettre la récupération et la restructuration du patient.

Evidemment, une réponse facile à l'addiction peut être l'intégration à une communauté qui réunisse ces deux critères : ordre et autorité (figure paternelle). Ainsi de nombreux groupes de caractère politique, religieux, commercial, se sont créés, cristallisés autour d'un "homme fort" qui agit de façon autoritaire, verticale, imposant la soumission à ses diktats, à ses fantasmes, à ses schémas mentaux et à ses "ordres" qui diffèrent largement de la constitution d'un véritable ordre vital. En d'autres termes se fabrique l'illusion d'un père de substitution qui généralement est un sujet psychopathe qui trouve dans un tel système une manière d'exprimer et contrôler son délire et sa pathologie mentale.

Cet homme, au fond très faible, s'illusionne lui-même sur sa puissance en suscitant une cour de sujets soumis à sa personnalité. Ainsi naissent des centres de style para-militaire où l'on contraint le toxicomane à une discipline très sévère, au renoncement à l'expression de ses désirs personnels et à l'approbation inconditionnelle de ceux du "chef". Dans certains pays asiatiques, il existe même des centres officiels dirigés par les forces armées qui s'assimilent davantage à des casernes pour jeunes recrues indociles ou à des pénitenciers pour dangereux délinquants.

Dans les pays européens, on trouve plus fréquemment des centres au style sectaire qui s'alimentent d'un pseudo-mysticisme suscité par un "illuminé" aux prétentions messianiques. Une stricte hiérarchie maintient les sujets dans une totale soumission. Cette soumission est "récompensée" par l'autorisation à vivre de façon fusionnelle avec le groupe et, à l'intérieur d'un système pyramidal, à monter en grade afin d'atteindre idéalement un jour la figure du père. Toute tentative d'agir librement est interprétée comme une hérésie ou une rébellion, une déviation ou même une possession démoniaque. Le "traitement" s'appuie sur un véritable lavage de cerveau où se dépersonnalise un individu déjà tellement peu structuré afin de pouvoir le manipuler à volonté.

Dans tous ces cas, il s'agit d'une fausse structuration vu que l'ordre est imposé du dehors. Il conforte l'image préalable du mauvais père, dominateur, cruel, punitif, violent, colérique. Ces centres peuvent jusqu'à un certain point offrir une sensation de sécurité au sujet qui se sent alors protégé, surtout de lui-même, de sa folie, de sa perversion. Cependant cette protection s'avère illusoire dans la mesure où l'individu n'accède pas à sa propre structuration puisqu'il est amputé de sa responsabilité personnelle qu'il remet progressivement entre les mains du

groupe ou du "chef". En cessant de s'assumer, le sujet s'affaiblit et finit par accepter une position proche du servilisme, dégradante, qui le pétrifie dans son infantilisme. Les structures de dépendance psycho-affectives sous-jacentes à l'aliénation aux drogues se renforcent.

La seule voie qui peut permettre au patient de se restructurer, de renoncer à ses béquilles aliénantes, passe par **la découverte d'un authentique ordre intérieur** en correspondance avec l'ordre extérieur de l'univers. Cet ordonnancement se révèle au cours d'un processus thérapeutique où les soignants assument temporairement une image paternelle d'appui et de **protection aimante**, bref de **bienveillance**. C'est la sincérité de cette sympathie, cette empathie, qui autorise la révélation d'un ordre fondamental, constitutif de la vie qui peut alors être accepté, intégré, métabolisé.

Le sujet structuré du dehors se déstructure de nouveau dès qu'il sort dans la rue et perd les barrières de contention fournies par la secte, le centre para-militaire où les méthodes plus subtiles des thérapies comportementalistes. Le sujet structuré du dedans sait où retrouver en lui-même la force pour affronter les diverses situations de l'existence. Mieux encore, il a découvert, au sens étymologique (des-occultation), un sens à sa propre dynamique de vie, un ordre naturel où trouvent place tous les événements qui peuvent lui arriver.

C'est pourquoi le traitement doit viser la liberté de l'individu et non une simple substitution d'une dépendance à la drogue par une dépendance à un groupe humain, à un "chef", à une idéologie; ni non plus la substitution de drogues illégales par des drogues légales comme cela arrive généralement dans les centres médicaux où de plus les traitements conventionnels de type comportementaliste répètent le modèle de restructuration d'origine externe.

16. L'OPTION DES THERAPEUTES

L'exacerbation des perceptions produites par la consommation intense de drogues rend le toxicomane extrêmement sensible à son entourage. D'une certaine façon celui-ci développe des "antennes" invisibles qui lui signalent très rapidement à qui il a à faire, quels sont les points forts et les points faibles de son interlocuteur.

Les traits pervers du toxicomane amplifiés par la "possession" par la drogue le conduisent à manipuler le thérapeute en utilisant ses faiblesses. D'une certaine façon, le sujet souhaite mettre à l'épreuve la motivation fondamentale du thérapeute envers sa personne. Pourquoi veut-il le guérir ? S'il perçoit que le thérapeute possède des motivations étrangères à une relation gratuite d'amour sincère, désintéressé, le patient en état de dépendance défiera le thérapeute sur ce terrain lui tendant un piège afin de mettre en évidence sa faiblesse. Selon ce schéma, le sujet préfère maintenir sa relation "amoureuse" envers la drogue que de s'en remettre avec confiance à un individu suspect au niveau de ses motivations profondes.

Le thérapeute doit donc comprendre que la confiance ne se décrète point mais doit être suscitée naturellement par la transparence de son propre cœur.

En d'autres termes, le thérapeute doit être sincère et en premier lieu avec lui-même. Cette auto-sincérité suppose de sa part d'avoir effectué le trajet d'une évolution personnelle au moyen de laquelle il a appris à se connaître, à s'accepter, à voir ses défauts et ses qualités. Bref, avoir entrepris sinon conclu le cheminement d'une authentique initiation.

C'est à ce point que nous rejoignons le processus des médecines traditionnelles dans lesquelles le thérapeute doit d'abord se "guérir" lui-même avant de prétendre prêter attention aux autres. Avant de pouvoir corriger la contre-initiation sauvage du toxicomane et la mettre sur les rails d'une véritable initiation à la vie, le thérapeute lui-même se doit de découvrir le chemin vers la lumière à travers sa propre initiation. Comment l'aveugle pourrait-il guider d'autres aveugles ?

Ce type de travail curatif exige un haut degré de transparence personnelle. Toutes les plantes médicinales, les bains médicinaux, les massages, les exercices posturaux peuvent être techniquement disponibles, mais si le thérapeute n'est pas dans une relation claire avec lui-même, s'il n'a pas résolu les traits de base d'orgueil et perversion inscrits dans sa propre personnalité, bref s'il n'est pas "ordonné" intérieurement, le traitement peut alors rapidement dérailler.

Réciproquement, s'il ne germe pas chez le patient le désir sincère de guérison pour lui-même, le traitement a de faibles chances (pour ne pas dire nulles) de succès. Fréquemment, le patient est présenté par sa famille et la demande de soins ne naît pas vraiment de lui-même sinon de l'entourage. Il est cependant impossible de substituer le désir du patient par celui de tierces personnes : le croire génère une tromperie porteuse d'échec.

La sincérité réciproque du thérapeute et du patient crée le premier lien authentique qui rend possible la guérison.

16. REPONSE DES MEDECINES TRADITIONNELLES

Selon le schéma brièvement décrit antérieurement, nous constatons que les médecines traditionnelles offrent une alternative viable au problème du traitement des toxicomanies, essentiellement parce qu'elles sont dotées des instruments permettant d'abord au thérapeute puis au patient d'entreprendre une véritable initiation au sens de la vie. Face à une reconnaissance de la légitimité de la quête généralement inconsciente du toxicomane, elles signalent les voies permettant à cette recherche de sens de trouver une issue favorable. Mieux encore, elles ne dénie pas au toxicomane l'orientation de cette quête à travers l'induction des états modifiés de conscience mais exigent que celle-ci respecte la rigueur des lois naturelles qui s'imposent. Franchir le seuil de la "porte des dieux" n'est pas interdit, peut-être même est-ce une finalité humaine, mais cette démarche ne se fait pas n'importe comment : il s'agit de poser un acte libre et non de réaliser un caprice enfantin.

Le recours aux médecines traditionnelles autochtones de la Haute-Amazone péruvienne est expérimenté dans le Centre TAKIWASI de réhabilitation des toxicomanes et de recherches sur les médecines traditionnelles situé à Tarapoto (Pérou). Il associe la pratique ancestrale des guérisseurs et shamanes aux approches de la psychologie contemporaine que sont la psychanalyse des profondeurs de C.J. Jung et la psychologie transpersonnelle de S. Grof.

Les patients internés au Centre sont essentiellement des consommateurs de la très toxique et aliénante pâte base de cocaïne produite dans cette région de première production mondiale de coca.

A l'intérieur du protocole thérapeutique, les apports des médecines traditionnelles s'exercent aux trois niveaux principaux du schéma d'action thérapeutique. Nous les décrivons succinctement ici.

A. Au niveau physique

La désintoxication physique est rendue possible au moyen de l'usage de plantes et préparations purgatives. Il existe une grande variété de moyens dépuratifs qui provoquent l'élimination accélérée de la drogue emmagasinée au sein de l'organisme : potions diurétiques, émétiques, sudorifiques, etc; sauna de plantes, bains de plantes, lavements, diète alimentaire; etc.

Les éléments toxiques des drogues (et des médicaments) peuvent demeurer de longues années stockés dans le corps. Lorsqu'ils sont éliminés, parfois des décennies après leur ingestion, on peut les identifier clairement à l'odeur.

Cette phase d'élimination est intense et courte (1 à 2 semaines). La dépendance physique à la drogue s'atténue immédiatement. Le syndrome de manque se réduit et devient plus supportable. On peut alors passer à la seconde

phase.

B. Au niveau psychique

Le répit offert par la purgation physique libère les énergies du patient qui peut alors les consacrer à l'exploration des arrières-plans émotionnels et affectifs liés à la consommation de drogue.

Les préparations végétales psychotropiques jouent ici un rôle fondamental.

Ces breuvages induisent chez le patient des états de conscience modifiés, sans perte de celle-ci, qui permettent l'auto-exploration de son univers intérieur. La lyse temporaire des fonctions épicritiques, rationalisantes, autorise l'accès direct aux profondeurs de son inconscient et aux reviviscences des événements-clés de la biographie personnelle. On remarque une augmentation de la production onirique : rêves plus intenses, plus fréquents, plus nets. Souvenirs réprimés, traumas oubliés, mémoires ancestrales reviennent à la surface. L'état de relaxation, d'acceptation de soi-même, du thérapeute ou de son équipe, de l'effort nécessaire à l'obtention de la guérison...sont autant d'éléments qui fortifient un travail évolutif et une meilleure disponibilité au traitement.

Tout ce matériel psychique se récrée au moyen des techniques classiques d'entrevues personnalisées, analyse des rêves, dynamique de groupe, *etc.* Ces approches de la psychologie contemporaine assurent une complémentarité à la puissance libératrice des pratiques empiriques des médecines traditionnelles.

Les effets des substances psychotropes utilisées selon le modèle empirique des guérisseurs font du patient son propre médecin. Le thérapeute n'a pas à convaincre le patient de la nature des problèmes qui l'affectent vu que lui-même le découvre à travers ses états visionnaires, oniriques ou le spectre de ses perceptions amplifiées. En d'autres termes le patient devient maître de son traitement et principal artificier du succès ou de l'échec qui en résulte. Le thérapeute se cantonne dans son rôle de guide, de compagnon de route, de protecteur éventuel, créant et maintenant les conditions adéquates susceptibles d'offrir au patient un espace sûr pour la réalisation de son travail d'évolution.

L'utilisation a priori paradoxale de substances psychoactives pour traiter les toxicomanes découvre au patient une perspective totalement nouvelle. Elle touche profondément le patient en reconnaissant implicitement la validité de sa propre recherche au moyen de la modification états mentaux, ce qui lui donne accès à une approche différente : il ne s'agit plus de "jouer à voler" de manière irresponsable et dangereuse mais d'apprendre à contrôler les expériences d'exploration de l'inconscient et plus largement de "l'invisible" pour les rendre utiles, constructives, enrichissantes et finalement réparatrices.

Le fait que le thérapeute lui-même accompagne son patient lors des sessions curatrices, ingérant la même potion et "voyageant" à ses côtés au-delà de la frontière d'une stricte rationalité, le conforte puissamment. La revalorisation de **l'exploration de l'univers intérieur comme un droit inaliénable de l'être humain** constitue ici la base du traitement. Insistons encore sur le fait que les substances psychotropes ainsi préparées et ainsi utilisées ne provoquent absolument **aucune dépendance** tout en faisant preuve d'un puissant effet curatif, provoquant de drastiques et salutaires crises cathartiques.

Ces sessions thérapeutiques décrites ailleurs (Mabit, 1988) "désintoxiquent psychiquement" le patient de ses faux modèles mentaux, de ses idées "négatives" et sentiments destructeurs (colère, rage, haine, etc.) et corrigent ses perspectives personnelles en lui découvrant de nouveaux horizons. Ce nettoyage psychique est concomitant au nettoyage physique ce qui a conduit les autochtones à désigner ces potions par le terme général de "purga" (*purga*) qui inclut ici tant les effets physiques que psychiques.

Bien que séparés à des fins descriptives, ces divers niveaux d'action sont simultanément l'objet des mêmes pratiques thérapeutiques au sein des médecines traditionnelles. En particulier lors de l'utilisation des substances

psychotropes, une synchronicité parfaite des manifestations thérapeutiques se fait jour, incluant le troisième étage spirituel dont nous ne dirons ici que quelques mots.

C. Au niveau spirituel

L'exploration "au-delà des frontières" comporte la découverte de valeurs fondamentales d'ordre ontologique qui dépassent la stricte problématique du sujet. Celui-ci est appelé à expérimenter des phénomènes d'ordre transpersonnel qui le restituent à sa juste dimension au sein du concert de la création universelle : celle d'une créature.

Le nouvel ordre intérieur qui surgit s'alimente d'une dimension transcendante, productrice de sens. Tant que ce niveau de restructuration n'est pas atteint, le patient ne peut être considéré comme guéri ou en voie de guérison. Cet ordonnancement vital s'avère profondément libérateur en autorisant la déflation du moi, la conversion face à la perversion et le rétablissement de la filiation au divin, au Père et à la Mère fondamentaux.

C'est également à ce niveau supérieur que peuvent définitivement se métaboliser et s'intégrer les expériences vécues somatiquement et mentalement. La restitution de chaque chose, chaque événement, chaque être, à la place légitime qui lui correspond au sein du vivant, légitime de droit divin, génère un vaste sentiment de réconciliation, ré-conciliation avec soi-même, avec les autres, avec la nature, l'univers et Dieu. Ainsi naît la Paix profonde.

BIBLIOGRAPHIE

ACHTENBERG Jeanne, 1985, "Imagery in healing : Shamanism and modern medicine", New Science Library, Shamabala Publications, Boston, 254p.

BULHER-OPPENHEIM K., 1949, "datos históricos sobre el tabaco", Actas Ciba, N° 3-4, Marzo-Abril 1949, pp. 34-41.

CAMINO Alejandro, 1987, "El Peyote : derecho histórico de los pueblos indios", revue México Indígena, año III, Marzo-Abril 1987, pp. 24-33.

CHIAPPE Mario, LEMLIJ Moisés, 1985, "Alucinógenos y Shamanismo en el Perú contemporáneo", El Virrey Ed., Lima, 150p.

DANIELOU Alain, 1992, "Las divinidades alucinógenas", revue semsetrielle Takiwasi, N°1, pp. Tarapoto, Pérou.

DUITS Charles, 1994, "Vision et hallucination : L'expérience du peyotl en littérature", Question de N°95, Albin Michel, 173p.

ELIADE Mircea, 1960, "El Chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis", Fondo de Cultura Económica, México, 484p.

ESCOHOTADO Antonio, 1989, "Historia de las drogas", 3 tomes, Libro de bolsillo, Alianza Editorial, Madrid.

ESPARMER Vittorio et al., 1993, "Pharmacological studies of 'sapo' from the frog *Phyllomedusa bicolor* skin : a drug used by the peruvian Matses indians in shamanic hunting practices", Toxicon., vol. 31, N°9, pp. 1099-1111.

FURST Peter T., 1972, "Flesh of the Gods : The Ritual Use of Hallucinogens", Nueva York : Praeger.

- FURST Peter T.**, 1980, "Alucinógenos y Cultura", Fondo de Cultura Económica, México, 340p.
- GRAVES Robert**, 1985, "Los Mitos Griegos", Libro de Bolsillo, Alianza Editorial, 2 tomes, Madrid.
- GROF Stanislas**, 1980, "LSD psychotherapy", Hunter House, California, 352p.
- GROF Stanislas**, 1992, "Adicción, Espiritualidad y Ciencia Occidental", revue semestrielle Takiwasi, N° 1-2, Tarapoto, Pérou.
- KONG Dolores**, 1993, "Hallucinogen being studied as treatment for addiction; pharmacology", Globe Newspapers company; The Boston Globe, November 9, 1992, Monday.
- KUNGURTSEV Igor**, 1992, "Death-rebirth psychotherapy with ketamine", Bulletin of the Albert Hoffmann Foundation, vol.2, N°4, fall 1992, pp.1-6.
- LAPLANTINE François**, 1986, "Anthropologie de la Maladie", Payot, Paris, 411p.
- LEARY Timothy**, 1983, "Flashbacks", J-P Tarciter Inc., Los Angeles, Cap.4.
- LEARY Timothy, METZNER Ralph, ALPERT Richard**, 1990, "The psychedelic experience", First Carol Publishing Group Ed., 159p. (Première édition en 1964).
- MABIT Jacques**, 1988, "L'hallucination par l'Ayahuasca chez les guérisseurs de la Haute-Amazone péruvienne (Tarapoto)", Document de Travail 1/1988, Institut Français d'Etudes Andines, 15p. et in Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales, Area de Antropología Médica, Lima, pp. 211-228.
- McKENNA Terence T., McKENNA Dennis J.**, 1975, "The invisible landscape : Mind, Hallucinogens and the I Ching", Seabury Press, New York.
- MICHAUX Henri**, 1972, "Misérable miracle : La Mescaline", NRF, Le point du jour, Gallimard, Paris.
- NARANJO Claudio**, 1973, "The Healing Journey : New approaches to consciousness", New York : Pantheon Press, 235 p.
- PEKKANEN Sarah**, 1993, "FDA approves Miami researchers' hallucinogen experiment on humans", States News Service, August 26.1992, Thursday.
- RATSCH Christian** (Apud), 1989, "Gateway to inner space : sacred plants, mysticism and psychotherapy", Prism Press, Grande Bretagne, 258p.
- SCHLEIFFER Hedwig** (Apud), 1973, "Sacred narcotic plants of the new world indians : An anthology of texts from the 16th century to date", Hafner Press, New York, 155p.
- SCHIVELBUSCH Wolfgang**, 1991, "Histoire des stimulants", Ed. Gallimard, Paris, 115p.
- SIEGEL Ronald K.**, 1990, "Intoxication", Pocket Books, New York, 390p.
- SZASZ Thomas**, 1976, "les rituels de la drogue : la persécution rituelle de la drogue et des drogués", Payot, Paris, 254p.

VAN EERSEL, Patrice, 1992, "la Source Noire", Collection poche.

