

DUPUIS David (N°11010545)

Rapport de stage

Master 2^e année, Psychologie clinique et psychopathologie

Sous la direction de M. V. Marinov

Université Paris-XIII

Année 2014-2015

TABLE DES MATIERES

-Introduction

I. Présentation de l'institution

- A) Description de la structure
- B) Le traitement de la toxicomanie à Takiwasi

II) Clinique

- A) La place du psychologue au sein de la clinique Takiwasi
- B) Un cas clinique et son analyse : F.

III) Ressentis cliniques et institutionnels : le contre-transfert du stagiaire

- A) Eléments de contre-transfert dans la relation au patient
- B) Ressentis cliniques face au traitement de la toxicomanie
- C) Eléments de contre-transfert institutionnel

-Conclusion

INTRODUCTION

Mon stage de Master 2 de psychologie a été effectué au sein de la clinique de traitement des addictions de Takiwasi (Pérou, Haute-Amazonie) sur une durée de 5 mois (du 1^{er} Février 2013 au 1^{er} Juillet 2013), sur la base de 25 heures hebdomadaires, pour un volume horaire total de 500 heures. Durant cette période, j'ai accompagné le suivi et le traitement des patients toxicomanes internés dans l'ensemble de leur partageant le quotidien de l'équipe de psychologues dans leurs diverses activités (ateliers thérapeutiques, ergothérapie, réunions de supervision etc.). J'ai dans ce cadre assuré le suivi individuel de deux patients francophones internés au moyen d'entretiens réalisés sur une base hebdomadaire. Ce travail clinique, conforme au travail habituel du psychologue clinicien (suivi de patients sur la base d'entretiens cliniques, intégration à une équipe de psychologues etc.) s'est toutefois réalisé dans un cadre qui, comme nous le verrons ici, diffère grandement des expériences cliniques que j'avais pu réaliser par le passé dans les structures publiques de soin françaises (C.H.U de Rouen, service d'addictologie du C.H.S de Rouen, Maison Blanche-Paris, C.M.P du Xe arrondissement, Centre Monceau –Paris-, etc.), notamment de par sa nature « interculturelle ».

Ce rapport de stage, qui vise à rendre compte de cette expérience clinique originale, se présentera en trois parties. Je donnerais d'abord une description du lieu, de l'équipe soignante, du modèle thérapeutique et de la place du psychologue en son sein. Je m'attacherais ensuite à la description d'un cas clinique, en vue de donner corps à ce dispositif. Enfin, la dernière partie fera place au ressenti subjectif du stagiaire, ici en situation « interculturelle », dans son rapport à l'institution, à l'équipe, aux pratiques thérapeutiques, aux représentations étiologiques locales et à la « pathologie » qu'il est supposé contribuer à guérir ou à soulager.

I. Présentation de l'institution

A) Description de la structure

Le centre Takiwasi, situé en bordure de la ville de Tarapoto (Amazonie péruvienne), est une clinique qui accueille une cinquantaine de patients toxicomanes par an, effectuant un séjour de neuf mois en vue de leur réhabilitation. Fondée en 1992 par le médecin français Jacques Mabit, Takiwasi offre une infrastructure adaptée à la résidence des patients et est constituée d'une équipe comprenant médecins, psychologues et guérisseurs usant des techniques de soin locales, caractérisées notamment par l'utilisation ritualisée d'un psychotrope végétal : l'ayahuasca¹. La consommation des l'ayahuasca à Takiwasi fait l'objet de rituels collectifs, rythmés par les chants et les activités liturgiques des officiants et visant à structurer l'expérience hallucinogène, qui fait ici office de catalyseur du psychisme². Sur le modèle de la narcoanalyse initiée par les travaux de Stanislav Groff, les prises hebdomadaires d'ayahuasca servent ainsi de support aux séances de psychothérapie.

Le traitement de la toxicomanie élaboré à Takiwasi se distingue d'abord par la pluralité des techniques thérapeutiques qui le constituent. Le traitement s'applique avant tout au corps physique, considéré ici comme un substrat permettant d'exprimer les manifestations du psychisme. Les méthodes dépuratives tiennent une place prépondérante dans le traitement, de même que le maniement ritualisé des états modifiés de conscience. C'est toutefois la vie quotidienne au sein de la communauté thérapeutique qui constitue le creuset au sein duquel le patient se réforme et éprouve sa progression. Ce mécanisme en trois temps a conduit à élaborer un trépied thérapeutique qui structure les différentes techniques de soin utilisées à Takiwasi.

Les informations fournies par l'ingestion de plantes psychoactives sont interprétées dans l'espace psychothérapeutique conventionnel³. Les applications sont ensuite exprimées concrètement dans le vécu quotidien, d'où la nécessité d'une résidence sur place dans un cadre de contention et une communauté de vie. A leur tour, les difficultés, succès, crises et autres incidences du vécu ordinaire alimentent le sujet en nouvelles données qui ressurgiront et seront traitées lors des expériences de modification de conscience. A Takiwasi, le traitement repose ainsi sur un flux continu entre les trois axes thérapeutiques qui interagissent et s'alimentent mutuellement : les contenus surgis lors des prises des plantes sont idéalement métabolisés dans les séances de psychothérapies puis appliqués dans la vie quotidienne. De

¹ Le terme *ayahuasca* – qui signifie « liane des esprits » ou « liane des morts » en quechua – désigne à la fois une plante précise pour les botanistes (une liane, *Banisteriopsis caapi*) et la préparation aqueuse dont elle est toujours l'ingrédient, soit unique soit principal. La plus répandue de ces préparations est une décoction souvent fortement réduite, obtenue après une longue cuisson dans une marmite, en une ou deux étapes de 6 à 8 heures, d'un mélange recouvert d'eau de tronçons, préalablement lavés puis écrasés, de la liane, et de feuilles de *chacrana*, un arbuste de la famille du caféier (*Psychotria viridis*). On peut y ajouter d'autres composants comme la bubinzana, les sanangos, le toé, le tabac, la coca, etc. selon l'effet désiré. Il convient donc en toute rigueur d'opérer une distinction entre ayahuasca-liane et ayahuasca-potion. Pour la suite de notre étude, c'est de la potion qu'il s'agira lorsque le terme *ayahuasca* sera employé seul. Cette boisson aux effets psychoactifs et émétiques, de couleur marron-rougeâtre, de saveur amère, à l'odeur caractéristique et d'une consistance assez épaisse, est utilisée dans l'ensemble du bassin amazonien et consommée selon toute vraisemblance depuis la plus haute antiquité par les autochtones d'Amérique du Sud -en se fondant sur des éléments archéologiques, P.Naranjo a proposé une ancienneté comprise entre 2000 et 5000 ans-. On l'ingère traditionnellement au cours de cérémonies collectives à visée initiatique, thérapeutique ou divinatoire.

² Production d'une imagerie mentale, abréaction ou régression infantile, facilitation des associations verbales etc.

³ Entretiens individuels, dynamique de groupe, ateliers, etc.

même, les problèmes inhérents à la vie communautaire sont à leur tour alimentés par ces instances et ainsi de suite.

B)Le traitement de la toxicomanie à Takiwasi

L'évolution du patient au cours traitement est un processus individuel, influencé par la personnalité et la sensibilité du sujet. Toutefois, dans l'esprit des thérapeutes de Takiwasi, les étapes suivantes structurent ce processus :

- 1) **Etape préliminaire** : vise à évaluer la motivation et connaître le postulant, se termine avec l'admission et l'entrée en internement.
- 2) **Récupération physique**, à partir de l'étape d'isolement jusqu'à la fin du deuxième mois.
- 3) **Restructuration personnelle**, de la première à la seconde diète.
- 4) **Restructuration sociale et familiale**, à partir de la seconde diète.
- 5) **Restructuration existentielle**, réinsertion à partir du 6^{ème} mois.

Etape préliminaire :

ETAPE PRELIMINAIRE :

Durée : 10 jours

Condition requise : demande personnelle de se soigner, rigueur

Objectif : estimer la motivation et informer sur la thérapie

Activités :

- Entrevue psychologique quotidienne et visite au centre

(renseignements par téléphone ou par courrier si

résidence éloignée)

- Accord avec la famille

- Evaluation socio-économique

- Examen médical et traitement en odontologie

Traitement :

- Purgatif : magnésie / eau de coco / sel de fruits

- Vomitif : Yawar Panga, 1^{ère} session.

La première condition pour commencer le traitement est que ce soit le patient lui-même qui le sollicite. Pour cela, il doit faire acte de responsabilité face à son problème de dépendance. Ses proches, selon leurs possibilités, l'appuieront moralement et économiquement.

Pendant une semaine, il assistera à des entrevues l'après-midi au cours desquelles on explorera sa motivation et on l'informerá sur le traitement et les normes du centre. Il devra alors s'abstenir de consommer. On réalise l'examen d'entrée avant de commencer le traitement, que l'on répétera à la fin du premier mois et des 6 mois⁴. S'il n'y a pas de contre-indication médicale, la désintoxication débute avant l'internement par une purge légère de magnésie et eau de coco, puis avec le vomitif Yawar Panga.

Avoir imposé cette étape dans le processus d'admission au centre permet de sélectionner les patients motivés afin d'éviter une sortie précoce qui serait liée à la méconnaissance des méthodes thérapeutiques utilisées.

Admission : étape d'isolement

ISOLEMENT :

Durée : 8 jours.

Condition requise : Approuver l'étape préliminaire

Objectif : Diminuer le syndrome d'abstinence ; dépuré
Eviter les contacts durant cette élimination

Activités :

- Rasage des cheveux
- Entrevue quotidienne avec un thérapeute
- Exercice et travail de jardinier

⁴ Histoire clinique, examen physique et analyses.

Traitement :

- Vomitif : Yawar Panga, 2^{ème} session
- Valériane ou autres relaxants, sauna 1 à 2 fois/jour
- *Icaradas, sopladas*, bains de plantes.

Après avoir rempli de manière satisfaisante l'étape préliminaire, le patient entrera avec le minimum d'affaires et sans argent. On lui rase les cheveux⁵ et à partir de ce moment, il sera dans le pavillon d'isolement pour 10 jours, à la fin desquels il passera au pavillon commun. Il n'aura plus de contact direct avec sa famille jusqu'après la première diète⁶.

La porte du pavillon d'isolement restera fermée à clé dans la nuit. Le jour, le patient peut lire, faire du sport ou réaliser de petits travaux. A cette étape, le patient a besoin d'une présence continue et un thérapeute se charge de l'accompagner. Il est nécessaire de diminuer le syndrome d'abstinence⁷ et de favoriser la désimprégnation physique. Pour cela, on use des méthodes dépuratives⁸ accompagnées de techniques relaxantes⁹. La récupération physique débute avec le changement du rythme de vie¹⁰ en même temps que l'on essaie de corriger les carences nutritionnelles et les problèmes de santé rencontrés¹¹.

Récupération physique**INTERNEMENT : 1^{ère} étape**

Durée : 2 mois.

Condition requise : terminer l'étape d'isolement.

Objectif : désintoxication physique et mentale, se réveiller, relation avec le passé et la drogue

Activités :

- vie quotidienne commune à tous les patients internés.
- promesse ou vœu après un mois et demi.

Traitement :

- Dépuratifs : saúco, rosa sisa, nardo, verveine, gingembre, purgahuasca, relaxants, sauna. Autres plantes spécifiques selon les patients.
- Camalonga pendant 10 jours / diète sans sucre.
- Chlorure de magnésium
- Un contrôle médical par mois
- 1^{ère} retraite ou diète

⁵ Ce qui a été institué par les internés eux-mêmes, comme symbole de la rupture avec la vie passée et la volonté de changement, de rénovation.

⁶ Au 3^{ème} mois environ.

⁷ Rêves de consommation, anxiété, cauchemars, symptômes de paresse, mal être physique.

⁸ Sauna quotidien, vomitifs une fois par semaine, plantes dépuratives spécifiques quotidiennement, camalonga pendant 10 jours, cure d'huile, nouveau régime hygiéno-diététique.

⁹ Bains de plantes, infusion, massages, *sopladas*.

¹⁰ Alimentation équilibrée, abstinence.

¹¹ Extraits de rate de boeuf, chlorure de magnésium, fer en cas d'anémie sévère...

- Pas de sorties ni de visites familiales.

Le passage au pavillon commun marque le début formel du traitement et de la cohabitation avec les autres. Le patient reçoit une copie du règlement intérieur du centre qu'il devra signer et remettre lorsqu'il réalisera son vœu de guérison et qu'il renonce aux drogues devant ce qu'il considère le plus sacré, devant soi et devant les autres, au bout d'un mois et demi environ. La croyance religieuse de chacun est respectée, mais on considère à Takiwasi qu'il importe d'avoir une foi ou un lien avec « le transcendantal » devant qui formuler le désir de se soigner.

Au cours du second mois et au fur et à mesure que le patient s'habitue au centre, le travail psychothérapeutique et la participation aux sessions d'ayahuasca commencent. C'est alors que bien souvent, il a la sensation d'être réveillé après un long rêve et qu'il prend conscience du mal occasionné à son encontre et à celle des autres ; il se remémore les faits du passé une grande charge affective.

Un important moment de cette phase est la première retraite en montagne, qu'on appelle « diète », qui permet un saut qualitatif important dans le traitement et se réalise tous les 2 ou 3 mois. La diète marque la fin de la première étape.

Cette étape doit idéalement conduire à un changement d'attitude, une meilleure capacité d'introspection et un renforcement de la volonté. Il y a en tout cas une amélioration physique notable, manifestée par la normalisation des fonctions vitales, l'amélioration de l'état nutritionnel et de la fonction hépatique par rapport aux résultats de l'examen clinique d'entrée.

Le danger lorsque l'on en finit avec cette étape c'est que les patients, en sentant une amélioration physique, se croient soignés et décident de reprendre trop tôt tout ce que la drogue les a empêchés de faire : études, vie familiale, etc. Cependant, c'est seulement après cette étape que l'on commence à travailler le problème de fond de leur relation à la drogue.

A partir de ce moment là, à côté de la récupération physique, le patient a globalement pris conscience de son expérience toxicomaniaque et du degré de sa dépendance. On commence à toucher le noyau de sa problématique personnelle, le Moi : Qui suis-je ? Qu'est-ce que je veux ? Moi et la relation à moi-même ; moi et la drogue. L'approche de ce Moi et des contenus affectifs et émotionnels non résolus peut être très douloureux et effrayant, ce qui implique que le patient soit très motivé pour continuer le traitement : il y a donc beaucoup de risques d'abandon au début de cette étape.

« Restructuration psycho-émotionnelle »

INTERNEMENT : 2^{ème} étape

Durée : 3 mois

Condition requise : avoir fait la première diète

Objectif : problématique personnelle : « Qui suis-je ? »
relation avec l'autre et l'entourage.

Activités : routine de l'internement

- prise de contact avec la famille, même sporadiquement

- promenades et sorties avec le groupe

Traitement :

- 2^{ème} et 3^{ème} retraite
- Orientation vocationnelle
- Thérapie de soutien familial à partir de cette étape.

Durant la période de diète les contenus de la première étape se renforcent, mais aussi en même temps la relation avec la nature, le Moi et le monde extérieur, le Moi et l'autre : c'est ainsi que débute le « processus de différenciation ».

A mesure que s'éclaircissent les problèmes personnels, surgissent les contenus affectivo-émotionnels de la relation à l'autre : Moi comme membre de ma famille, de la société. A cette étape se travaille fondamentalement la relation à l'autre et s'initie l'exploration de la constellation affective. Aussitôt terminée la première diète, vient le moment du premier contact direct avec la famille. Les familles, quand elles sont présentes, ont un entretien avant cette visite avec l'équipe thérapeutique pour être orientées, de façon à ce que leur présence n'exerce pas un effet négatif sur les acquis du traitement.

L'orientation et le travail parallèle qui se réalisent avec eux à partir de cette étape sont très importants car le schéma familial dysfonctionnel devra à terme être modifié : la thérapie doit atteindre autant le patient dépendant que les co-dépendants. Les relations fusionnelles et les formes d'incommunication relationnelle doivent être modifiées. Si le retour au sein de la famille est bien préparé, avec de nouvelles perspectives, le patient sort de l'espace circulaire de confrontation continue avec lui-même ou en relation avec lui, pour considérer son rôle comme membre d'une communauté, la plus proche, la famille. En face d'elle il devra assumer ses responsabilités, ce qui est la thématique travaillée à cette étape.

Dans une représentation inspirée de la psychologie systémique, on considère à Takiwasi que le fait que le patient ait décidé de se réhabiliter peut provoquer un phénomène de guérison étendu à l'ensemble de la famille ; le travail d'éclaircissement personnel réalisé débloque en même temps la dynamique des relations familiales, le toxicomane jouant ainsi son rôle de dénonciateur de la pathologie familiale et sociale.

« Restructuration existentielle »

INTERNEMENT : 3^{ème} étape

Durée : environ 2 mois

Condition requise : avancer dans le traitement, implication personnelle, respect des normes par la famille.

Objectif : Reconexion avec la transcendance
Découverte de la vocation
Reconstruction familiale

Activités :

- routine de l'internement
- formation professionnelle et ordonner les documents
- thérapie familiale

Traitement :

- 4^{ème} retraite ou diète.

Si bien des éléments peuvent avoir surgi précédemment, c'est surtout durant cette étape que se travaille en profondeur la relation du Moi avec la transcendance et la spiritualité.

Sur le plan physique, la récupération est alors idéalement complète, le patient travaillant sur la relation familiale et les plans futurs. L'auto-analyse est plus profonde, le thème de la drogue perdant son exclusivité, et le patient acquiert une vision plus globale de sa personnalité, de son identité et de son comportement antérieur. Il peut exprimer plus facilement ses émotions et ses désirs.

Il prend conscience de sa structure dépendante comme condition de sa personnalité, en référence à la drogue comme à la manière de se mettre en relation et de vivre. Changer ce schéma en renforçant l'auto-estime et en aidant à utiliser son potentiel propre est le premier pas vers une véritable indépendance.

Sur le plan interne, le processus introspectif s'oriente vers des inquiétudes métaphysiques et existentielles, tandis que l'attitude est plus réaliste, plus pragmatique et que dans les rêves le problème de la drogue perd de sa vigueur devant l'observation de l'évolution de son traitement. Des éléments spirituels et religieux sont redécouverts et s'introduisent comme pilier dans leur nouvelle vie : ils sont consciemment intégrés au quotidien, orientant l'épanouissement personnel

II) Clinique

A) Place et fonction du psychologue au sein de la clinique Takiwasi

Les méthodes de psychothérapie

La psychothérapie constitue le second pilier du trépied thérapeutique de Takiwasi, et est assurée par l'équipe de psychologues cliniciens de l'institution. Présente sous de multiples formes et tout au long du traitement, elle consiste d'abord en des entretiens hebdomadaires personnelles avec un psychologue attitré, qui suivra le patient tout au long des neuf mois de traitement, et qui l'accompagnera notamment dans le travail d'interprétation des rêves et des visions. Les travaux de groupe constituent le second pan de la psychothérapie à Takiwasi, comme ceux qui suivent les sessions d'ayahuasca, au cours desquels on invite le patient à exprimer son vécu par des dessins, collages ou peintures. Les ateliers de musicothérapie, bio-danse, expression corporelle ou psychodrame rythment également le traitement.

La fonction de l'accompagnement psychothérapeutique dans le traitement

Bien que le traitement de la toxicomanie à Takiwasi se distingue par l'usage des plantes médicinales, le suivi psychothérapeutique n'est pas conçu comme un simple « accompagnement » mais est indispensable à la bonne conduite du traitement. Les entretiens individuels ont d'abord pour fonction d'initier ou d'approfondir le travail d'interprétation des visions issues des sessions d'ayahuasca, des rêves qui les suivent et plus généralement des matériaux psychiques qui surgissent au cours du traitement.

C'est qu'en effet, le processus qui débute avec la prise des plantes ne peut être légitimement être considéré comme « thérapeutique » que s'il conduit à modifier positivement les actes du patient. Comme nous l'avons vu, la prise des plantes et le travail psychothérapeutique doivent permettre au patient de s'observer lui-même, de prendre conscience de ses héritages, de ses carences et de ses fragilités, de l'origine de ses propres problématiques, de la direction à prendre et de ce qu'il convient de changer pour les corriger. Toutefois, si ces informations ne sont pas matérialisées dans des actes concrets enracinés dans la vie quotidienne, dans la relation à l'autre et au monde, alors elles ne servent pas le traitement. Comme nous allons le voir plus loin, c'est donc l'application concrète des enseignements tirés du travail accompli avec les plantes et la psychothérapie qui constitue le but du traitement et le principal indicateur de sa progression. La fonction de la psychothérapie à Takiwasi consiste ainsi à accompagner et orienter le patient dans ce processus qui doit le conduire à terme à la transformation de son comportement addictif.

Le paradigme psychothérapeutique à Takiwasi

Chaque psychothérapeute ou psychologue arrive à Takiwasi avec les apports de sa formation et de son expérience propre¹². On peut en effet ressentir à Takiwasi une pluralité d'influences dans les différentes formes de soins et les représentations qui y président. Ainsi, l'influence de « l'analyse-bioénergétique » est particulièrement sensible touchant la fonction du corps dans la manifestation et la résolution des symptômes, alors que la relation entre patient et

¹² Quatre psychologues cliniciens diplômés de différents pays – un colombien, une tchèque, un espagnol – et une psychothérapeute formée au sein d'une école parisienne assurent le suivi psychologique des patients à Takiwasi.

thérapeute est inspirée de la « psychologie humaniste »¹³.

Toutefois, c'est la psychologie transpersonnelle¹⁴ qui semble dominer et unifier les représentations des psychothérapeutes de Takiwasi. La création de la clinique s'inscrit d'abord dans un effort propre au mouvement transpersonnel : celui d'opérer une synthèse entre des conceptions considérées comme « traditionnelles »¹⁵ et l'œuvre de Freud et de certains de ses continuateurs. Ce type d'approche, qui vise à intégrer les apports théoriques et conceptuels des grands courants de la psychologie les soumet en fait à la spécificité de la psychologie transpersonnelle : l'approche psycho-spirituelle.

Comme son nom l'indique, le *trans*-personnel concerne ce qui existe au-delà de la personnalité et de ses conditionnements : c'est pourquoi la psychologie transpersonnelle s'intéresse tout particulièrement aux « états non ordinaires de conscience »¹⁶. Ces états seraient non seulement sains, mais représenteraient l'actualisation de besoins fondamentaux de l'être humain. Cette prise de position se fonde sur une double opposition. Opposition d'abord à la psychiatrie jugée « répressive », en ce qu'elle considère la plupart des phénomènes transpersonnels comme incompatibles avec un fonctionnement mental normal. Selon la logique psychiatrique, ces états devraient en effet être supprimés, ce qui conduit à utiliser des tranquillisants dans le traitement de tout individu confronté à ce type d'expériences. Opposition ensuite à leur réduction à des éléments déterminés par la biographie du patient, ce qui constitue la règle des psychothérapies d'inspiration freudienne¹⁷.

A la suite de W. James, R. Assagioli, C.G Jung, A. Maslow et S. Grof, les thérapeutes de Takiwasi soulignent ainsi l'importance et l'intérêt des expériences transpersonnelles dans le traitement des psychopathologies. L'expérience transpersonnelle, c'est celle d'un état de conscience où se dissout la frontière entre le moi et le monde extérieur, où disparaît ce que l'on appelle la personne et surgit un vécu qui se situe au-delà de celle-ci. Aux dires des psychothérapeutes de Takiwasi, une grande partie du matériau émergeant au cours du travail effectué avec les plantes serait incompréhensible à la seule lumière des données biographiques et de l'histoire biopsychologique de l'individu. Le travail biographique, de quelque tendance et de quelque ampleur qu'il soit, s'avérerait ainsi insuffisant pour résoudre

¹³ La psychologie humaniste suppose à chaque « patient » une capacité d'autodétermination. Cette conception axée sur l'épanouissement personnel réintroduit ainsi la notion de conscience individuelle dans l'étude du comportement occultée par le behaviorisme et par la perspective freudienne. Les disciplines les plus connues de ce mouvement sont la bioénergétique, la gestalt-thérapie, le massage euphorisant, la méthode Feldenkrais, le *rolfing*, les thérapies primales. Si ce courant n'est pas homogène, on peut citer certaines caractéristiques communes, qui se retrouvent toutes à Takiwasi : utilisation fréquente de technique de groupes, accent mis sur l'attention à « l'instant présent », place importante accordée aux approches corporelles, suppression ou atténuation de la dichotomie entre maladie et santé, objectifs de développement, de croissance, d'épanouissement personnel, importance de l'expression émotionnelle et de la communication non verbale.

¹⁴ Tout au long de son histoire, différentes définitions ont été données du « transpersonnel ». On peut dire que la psychologie transpersonnelle s'occupe de l'étude d'un état de conscience où se dissout la frontière entre le moi et le monde extérieur, où disparaît ce que l'on appelle la personne et surgit un vécu qui se situe au-delà de celle-ci ; d'où le nom de "transpersonnel", utilisé pour la première fois par C.G.Jung dans son œuvre. L'apport principal de la psychologie transpersonnelle consiste dans l'intégration et la reconnaissance de ces états en psychologie et en psychothérapie. Selon ses théoriciens, le mouvement transpersonnel trouve ses racines dans les psychologies influencées par l'Orient. Souvent associée au mouvement *New Age*, ce mouvement est en fait inspiré par les écrits de W. James, R.M. Bucke et par la psychologie des profondeurs de C.G.Jung. L'école transpersonnelle se présente comme la quatrième grande école de psychologie, après les théories comportementales et positivistes, la psychanalyse et la psychologie humaniste. En fait, la psychologie transpersonnelle demeure extrêmement marginale. Elle n'est pas enseignée dans les facultés universitaires de psychologie et les ordres professionnels de psychologues ne reconnaissent pas les pratiques qui lui sont associées.

¹⁵ Traditions d'origine « chamannique » ou orientale : chinoise taoïste (acupuncture, Tai chi chuan, Qui Gong) ou indienne (Yoga, médecine ayurvédique).

¹⁶ Ce que A. Maslow nomme *peak experiences*, ou expériences paroxystiques.

¹⁷ Par exemple la réduction des expériences de « communion cosmique » à des indications de narcissisme infantile primaire.

en profondeur les problèmes des patients. L'importance des éléments de l'inconscient individuel tendrait en effet à s'effacer durant le traitement, au cours duquel chaque patient se voit confronté à des phénomènes transpersonnels, notamment liés au transgénérationnel¹⁸, au périnatal¹⁹ ou à sa propre relation à certaines entités spirituelles²⁰. Au cours de la thérapie, l'accent principal tend ainsi à se déplacer des éléments abstraits et biographiques vers des problèmes relevant de thématiques transpersonnelles. Ces déplacements consécutifs de l'accent d'un niveau de l'inconscient à un autre s'accompagnent de modifications correspondantes de la structure de la personnalité, des émotions, des valeurs, des attitudes et des systèmes de croyances : de nombreux symptômes persisteraient tant que l'individu n'a pas expérimenté et intégré les thèmes transpersonnels auxquels ils sont associés.

Conformément à cette perspective, le travail thérapeutique consiste en partie à provoquer chez les patients des états non ordinaires de conscience qui permettraient précisément de contacter un matériau transpersonnel. Ces expériences sont destinées à faire éclater les limitations mentales ou émotionnelles et à donner accès à une conscience plus vaste de la réalité et de soi. Plusieurs techniques sont utilisées à cet effet au sein de la nébuleuse transpersonnelle, la plupart empruntées à des traditions spirituelles « orientales » ou « chamaniques », ou adaptées de celles-ci : formes diverses de méditation, hypnose, danses sacrées, huttes de sudation, quête de vision, régression dans les vies antérieures, rêves et rêves lucides, techniques respiratoires et énergétiques inspirées du yoga ou du Qi Gong, respiration holotropique, art thérapie, visualisation créatrice, sophrologie, *rebirth*, etc.

Il semble ainsi que l'usage ritualisé des plantes à Takiwasi s'inscrive dans ce mouvement : les plantes psycho-actives sont en effet utilisées en partie comme un moyen d'accéder à une expérience transpersonnelle, à des matériaux présentés comme hors de portée des techniques freudiennes. C'est en ce sens que le recours aux « plantes-maîtresses » constituerait un précieux outil thérapeutique : permettant d'accéder aux matériaux périnataux, transgénérationnels ou de manifester la relation conflictuelle du patient à certaines instances spirituelles ; seul ce type de procédé rendrait possible, à terme, de guérir les symptômes liés à ces éléments²¹.

B) Un cas clinique : F.

L'entretien qui suit a été conduit au cours de mon stage clinique. Cet entretien consiste en un premier contact avec F., un patient français de 31 ans originaire d'Ile de France, interné depuis 4 mois en vue de traiter une polytoxicomanie. Le patient a alors participé à 9 sessions d'ayahuasca et à effectué deux « diètes ». Cet entretien a été choisi car le cas de F. illustre à la fois un cas intéressant mais aussi des traits récurrents des problématiques des patients de Takiwasi, sur lesquels nous reviendrons au cours de l'analyse du cas.

¹⁸ Symptômes ou pathologie héritées d'un ancêtre ou d'une « charge familiale ».

¹⁹ Symptômes ou pathologie liées à des événements survenus lors de la vie intra-utérine, même à des stades très précoces.

²⁰ Phénomènes d'infestation, de possession, et plus généralement de relations conflictuelles avec des entités spirituelles.

²¹ L'« hallucinogène » constitue dans cette perspective un adjuvant précieux à la psychothérapie. Ceci n'est pas sans rappeler les méthodes de « psycholyse » - terme inventé par R. A. Sandison, psychothérapeute anglais de l'école jungienne-développées au cours de la seconde moitié du XXe siècle dans certains hôpitaux européens. L'influence de la thérapie-LSD élaborée par S. Grof en Tchécoslovaquie semble particulièrement présente à Takiwasi. Cette thérapie consistait à donner une série de doses de LSD pendant plusieurs jours et à intervalles déterminées. Tout comme à Takiwasi, les expériences vécues lors de l'ivresse hallucinogène étaient discutées en groupe et exprimées par la peinture et le dessin.

Retranscription de l'entretien

P : Bonjour, je m'appelle David Dupuis, j'ai demandé à te rencontrer pour un premier entretien, pour que l'on fasse connaissance, et si tu es intéressé, nous pourrions continuer à nous voir par la suite, je suis ici pour plusieurs mois. Je souhaiterais enregistrer l'entretien si ça ne te dérange pas, c'est pour ma recherche, mais ça restera anonyme.

F : Bonjour, ouais bah pas de problème, on va voir pour la suite.

P : Donc dit moi, tu es là depuis combien de temps, et qu'est ce qui t'as amené ici ?

F : bah comme tout le monde, je suis venu pour des consommations...mais pour moi, je suis plus venu pour donner un sens à ma vie, je fais de la cuisine depuis 17 ans et j'en aie vraiment marre de ce boulot...ça fait plusieurs années que Jacques (le directeur de la clinique) me dit de venir et puis je pouvais pas, j'avais une copine, un boulot.

P : ah, c'est Jacques qui t'a demandé de venir ? C'est ton oncle c'est ça ?

F : Ouais, le frère de ma mère...bah il m'en parlait depuis un certain temps, mais jusque là je ne pouvais pas. Mais comme je te dis, je vois mes frangins ils ont une maison, une copine, ils ont trouvé leur travail, leur voiture, leur permis, y'en a un qui est marié...moi avant de venir j'avais plus de permis, plus de boulot, plus d'appartement, je me suis séparé de ma copine alors je me suis dit que c'était le bon moment pour venir ici...y'avait plus grand-chose qui me retenait...J'étais revenu chez mes parents à la campagne, y'a rien alors sans voiture...là je me suis décidé.

P : décidé à quoi ?

F : à trouver la réponse...est ce que je continue dans la cuisine, est ce que je deviens patron ou je fais autre chose. J'aime bien dessiner, alors je sais pas. C'est là question que je me pose : qu'est ce que je fais ? J'ai des capacités je pense, je suis pas trop bête. Et Puis la deuxième chose c'était arrêter de fumer.

P : fumer du tabac ?

F : ouais. Et après je prenais encore du subbutex en arrivant là.

P : depuis combien de temps tu étais sous subbutex ?

F : depuis 4 ans et demi.

P : à combien tu étais ?

F : J'ai commencé à 16 (mg), je suis resté 4 ans et demi à 16, des fois j'en prenais la moitié. Depuis un an que j'avais ma copine j'essayais de diminuer. A la fin j'en prenais presque plus que 4 mg. Mais ça allait, je pouvais m'en passer...enfin je le sniffais aussi. Mais le truc c'est qu'ici y'a pas de cachets, alors j'ai du arrêter. Quand je suis arrivé ici, ça allait...enfin je dormais pas très bien, normal quoi. J'étais fatigué au début, arrêter le tabac, plus boire.

P : donc si je comprends bien avant d'arriver tu tournais au subbutex, au tabac et à l'alcool c'est ça ?

F : Ouais, un peu d'alcool...un peu trop d'alcool même ! (rires)

P : t'en étais où avec l'alcool avant d'arriver ?

F : bah c'était là « 8-6 » (bière forte)...

P : c'était combien ?

F : une dizaine par jours.

P : d'accord.

F : je me levais, un café, et je démarrais à 10h, j'avais bu ma première bière, à 12h j'en avais bu 3. Je voyais pas trop parce que j'étais au travail. J'allais en vitesse avant le boulot à marché plus et j'en buvais une ou deux cul-sec. C'était ma routine.

P : et le tabac ?

F : j'en étais à un paquet, un paquet et demi par jour.

P : mais si je comprends bien tu n'es pas venu ici pour ça, c'était davantage pour répondre à des questions d'orientation, non ?

F : ouais c'est ça, parce que finalement l'alcool j'arrivais à pas boire pendant des jours sans avoir de manque, quand mon patron m'engueulait. Alors je me disais que ça va j'étais pas dépendant. Enfin je sais bien que boire dès le matin c'est un peu bizarre, mais je ne me considérais pas comme malade.

P : ça veut dire quoi « pas malade » ?

F : bah je me considérais pas comme alcoolique quoi, je buvais que de la bière. Même aujourd'hui je crois...enfin si avec le recul...le pire c'était chez mes parents à la fin, y'avait rien à faire, alors là je picolais vraiment. J'avais plus de permis.

P : à cause de l'alcool ?

F : ouais. Enfin j'étais pas beaucoup au dessus, j'avais bu deux bières de trop.

P : donc comment tu as décidé de venir ?

F : Bah au début je me suis dit que j'allais venir 3mois pour faire le point et réfléchir à ce que je veux faire. Le subutex c'était pratiquement fini, la cigarette c'était pas si grave que ça...Et là Jacques m'a dit de venir pour 5-6 mois et puis on verra au fur et à mesure...mais en fait c'était pour me faire venir, il savait bien que j'allais faire 9 mois. Il avait tout prévu depuis le début.

P : D'accord. Et là tu en es où dans le travail avec les plantes ?

F : bah des sessions d'ayahuasca, j'en aie fait 8-9, et j'ai fait deux diètes.

P : quelles plantes tu as diété ?

F : ushpawasha et ajo sacha.

P : et le traitement alors ça se passe comment ?

F : le plus dur c'était le premier mois...la première semaine c'était super dur, la différence de nourriture, de langue, de culture...et puis je prenais des médicaments antidépresseurs,

calmants et tout...et il a fallu arrêter tout ça ici alors...de toute façon ça me faisait rien...alors j'en prenais plusieurs, avec du rosé, là ça faisait effet !

P : donc c'était difficile l'arrivée.

F : le sommeil surtout...mais maintenant je dors bien.

P : ça se passe bien maintenant ?

F : ouais, j'apprends l'espagnol.

P : et au niveau des consommations ?

F : ça va, ça me manque pas du tout. J'ai pas du tout pensé au subutex. Les patients ici ils parlent tout le temps de ça, moi ça va, ça me manque pas, j'y pense pas...comme je te disais moi je suis pas venu ici pour la drogue...enfin peut être à part tabac et alcool.

P : et justement, au niveau du tabac et de l'alcool ?

F : l'alcool ça va, l'autre fois je me suis dit que je boirais bien une bière bien fraîche, il faisait chaud, mais c'est tout. J'avais pas envie, enfin pas trop. Alors que le tabac, c'est difficile. Ça m'étonne parce que c'est le truc que je pensais que c'était rien, alors que je me rends compte que c'est ça qui est dur. Si je sors là, je sais pas si je me remettrais pas à fumer...alors que le reste nan. Ça m'intéresse pas du tout d'aller reprendre du sub'. Le tabac c'est dur...quoique, quand je suis tombé sur des clopes, je suis allé les donner à des thérapeutes.

P : et puis il y a les *mapachos*... (tabac brun utilisé par les guérisseurs au cours des rituels thérapeutiques).

F : ouais, à la fin des sessions d'ayahuasca, j'aurais bien été demander une petite clope à un guérisseur ! (rires)

P : d'ailleurs les sessions d'ayahuasca, comment ça se passe ?

F : bah c'est bizarre, ici les sessions on te dit que tu nettoies plein de merdes, les héritages, les portes que tu as pu ouvrir avec le LSD ou les champignons par exemple...quand tu prends du LSD tu ouvres tout ton champ énergétique, dans un teknival y'a 300.000 personnes, qui te dit que y'a pas un violeur ou un mec qu'à fait des messes noires...j'ai l'impression d'avoir ramassé plein de merdes comme ça.

P : tu as l'impression de nettoyer tout ça ici ?

F : ouais. Au début j'étais méfiant, y'avait des croix partout...et puis on est pas habitué, en France on te donne un médicament, on te dit pas « tu vas boire cette plante tu vas cracher le mal, tu vois des démons c'est normal tu vas les vomir »...j'avais du mal au début, je voulais me barrer, « j'y crois pas à vos trucs, ça prend pas » et puis j'ai eu des sessions...

P : c'est-à-dire ? ta relation à tout ça a changé petit à petit ?

F : c'est ça, j'avais fait qu'une session en un mois. En plus c'est intelligent comme plante, ça t'en met pas plein la gueule, au début c'est doux, soft. Les premières fois, c'était des couleurs, une légère ivresse, les chants...des aigles, des têtes de mort...un peu de tout, des couleurs...une porte avec du sang qui coulait...mais sans plus comprendre ce que c'était. Comme on m'a dit, l'ayahuasca te fera pas voir ce que tu peux pas supporter. Au début

c'était confus mais la question que je posais avant la session était confuse aussi. Après j'ai eu des éclairs de lucidité, je comprenais des trucs sur moi, c'était tellement simple...

P : par exemple ?

F : bah le tabac par exemple, je voyais un petit être horrible avec des yeux rouges comme des braises qui me disais « fume, fume, fume », en fait je me suis rendu compte après que plus je fumais plus ce truc avait de l'emprise sur moi, comme si je le nourrissais. Et c'est vrai, quand tu t'embrouilles avec ta copine tu vas être énervé, tu vas fumer deux clopes d'un coup, « ca va mieux », alors qu'en fait c'est comme si tu parlais avec ce monstre, avec la clope quand tu fumais...c'est beaucoup plus sain d'aller parler à quelqu'un que de nourrir ça et de croire que tu vas l'évacuer en fumant tes deux cigarettes d'un coup.

P : et cette compréhension tu as l'impression que ça a joué sur ton désir de fumer ?

F : bah je comprends mais j'ai encore envie de fumer, quand je m'ennuie surtout.

P : c'était quelle session ?

F : la 2^e. La 5^e je suis mort ! (rires)

P : et maintenant quel statut tu donnes à ce que t'as vu en session ?

F : « quel statut » ? C'est-à-dire ?

P : tu penses que ce sont des êtres qui existent réellement, des projections de ton imagination ou... ?

F : bah, c'est pour imaginer quelque chose...un truc métaphorique...plutôt que de ruminer tes trucs ça prend forme, comme si quelqu'un t'écoutait.

P : oui, bien sûr. Tu disais que tu étais mort à la 5^e session ?

F : bah en fait quand j'étais ptit mes parents se sont lancés dans les fruits et légumes. Ils ont acheté la maison, puis mon ptit frère est né...

P : tu as un frère ?

F : deux en fait... un ptit et un grand.

P : donc mon grand père était polonais, qui était venu en France pour trimer...mon père a été éduqué comme ça, sans trop d'affections, alors il a reproduit ça un peu sur nous...enfin comme ça que je l'ai ressenti, un manque d'affection, enfin à sa manière lui il voulait plus nous apprendre la vie que nous offrir une sucette...et puis j'étais assez turbulent, je sais pas si c'est du à ça, donc j'ai passé mon temps à me prendre des claques. Souvent à partir de 12-13 ans, quand il faisait nuit j'allais piquer de l'eau écarlate, ou du décapant pour WC et puis je sniffais ça dehors. Et je me sentais comme dans une bulle, une bulle protectrice où t'es tout seul mais t'es bien tout seul en fait...un peu comme avec le tabac, t'es avec ton truc, une bulle, un monde, je ne sais pas comment on pourrait appeler ça...et puis j'y aie pris goût quoi...pendant des années, tous les jours je sniffais, des heures comme ça...au début c'était avec un chiffon et puis après c'était avec la bouteille. Le trajet pour le boulot ça passait tout seul, comme en deux minutes...

P : et le rapport avec la mort dont tu me parlais toute à l'heure ?

F : bah le truc c'est que la dernière fois que j'en aie pris, je marchais sur le bord du chemin, je regardait la bouteille, et les couleurs se sont mises à me faire un jeu dans la tête, avec des phrases qu'on me disait qu'il fallait que je répète...et puis ça allait de plus en plus vite avec des phrases de plus en plus compliquées...et puis je suis tombé comme un malade, je me suis vu comme mourir. Je me suis vu mort, au dessus, mais je disais « je suis pas mort, je suis pas mort ! », là je me suis retrouvé à taper du poings et à dire « naaannnn » là je me suis réveillé et je suis parti en courant, j'ai dit à ma mère que j'avais respiré des vapeurs en lavant mon jean...je crois que c'est la dernière fois que j'en aie pris.

P : tu avais quel âge ?

F : je pensais avoir 14 ans mais j'étais déjà en apprentissage alors j'avais plutôt 15-16 ans. C'est là que c'était le plus intense...fallait prendre le vélo pour aller à l'apprentissage. Et puis au CFA, tu commences à fumer comme les autres....

P : ouais

F : justement dans la dernière session d'ayahuasca j'ai revécu ce moment là où je suis tombé...je me suis vu mourir et ça me disait, « français, t'as cru que tu t'étais battu, que t'étais pas mort, mais en fait t'es mort, tu ne veux pas l'admettre, mais tu es mort ce jour là... ». Le choc, on te dit ça, en plus avec les effets, je savais plus, c'est quoi ce délire...alors je luttais, je me disais « nan jsuis pas mort, jsuis pas mort, jsuis pas mort... » et on me disait « tu veux pas accepter, tu restes bloqué, comme t'as refusé ta mort, t'es pas vivant, mais t'es pas au paradis ni en enfer parce que tu refuses ta mort, tu es entre deux, tu te persuades, mais ta vie c'est du rêve c'est de l'auto persuasion ». Je répétais « jsuis pas mort, jsuis pas mort »...je suis parti à 4 pattes voir Jaime lui dire que j'étais mal, Jacques est venu me faire des *sopladas*, je lui aie attrapé la jambe pour lui demander « dit moi, je suis mort hein ? Je suis mort », Jacques m'a dit « chut, écoute les chants ». Là j'en aie repris une deuxième fois, ça m'a mis dans le trip encore plus fort...ce truc de me dire « nan mais en fait t'as refusé de le comprendre ». C'est comme les histoires de dames blanches, tu connais nan ?

P : j'en aie entendu parler oui, mais je ne sais plus très bien...ce sont des fantômes qui provoquent des accidents de la route non ?

F : ouais, elles sont sur la route, mais au contraire elles crient pour faire éviter les accidents, ce sont souvent des jeunes filles qui...je sais pas si elles étaient vierges ou pas, mais des filles qui refusent leur mort, qui ont pas compris qu'elles étaient mortes, elles cherchent la raison de leur mort parce qu'elles sont mortes tellement rapidement...à ce moment là elles sont ni vivantes ni mortes, elles sont ni au paradis ni sur la terre, elles sont entre deux. Bah moi je me disais que ce serait ce qui m'était arrivé à moi. En plus j'étais vachement passionné par ces histoires de dame blanche, de fantôme. Alors j'essayais de me persuader « t'as internet, t'as un téléphone, un fantôme ça a pas de téléphone ». (rires)

P : Et tu te sentais comment par rapport aux guérisseurs ? Tu leur as demandé de l'aide à nouveau ?

F : Bah en fait j'ai commencé à me dire que Jacques était mort lui aussi, en faisant une session d'ayahuasca ou je sais pas et mes parents par spiritisme avaient réussi à connecter son âme et du coup il était venu me chercher...Takiwasi on fait croire que c'est un centre pour toxicomanes mais en fait c'est un lieu pour débloquer les gens qui sont coincés dans cet espace, pour passer vers la lumière et le paradis. Et je sentais qu'ils me faisaient des soins, de

l'huile sur la tête et je me disais « pourquoi ils me bénissent, pourquoi ils me bénissent ? J'ai pas besoin d'être béni, jsuis pas mort ! »

P : J'imagine que c'était très difficile...et comment tu te sens par rapport à ça maintenant ?

F : bah pendant 3 jours j'ai eu des doutes...est ce que je suis encore vivant ? Parce que j'ai refusé à la fin j'ai dit « nan jsuis pas mort ! ». J'ai demandé à Jacques, qui m'a dit en rigolant « tu veux que j'te mette une claque ? Tu vas voir si t'es mort ! ». Après avec les psys et le temps, je me disais que c'était une mort symbolique...Je me répétais que c'était symbolique.

P : Alors ça pourrait symboliser quoi selon toi ?

F : bah je sais pas, ptet la mort de l'adolescent...c'est vrai qu'à ce moment là j'ai 14 ans, je voulais bien commencer à travailler parce que je voulais plus aller à l'école, mais je voulais toujours des bisoux des bonbons, le côté enfant, quoi...c'est ptet pour ça que j'ai commencé les produits... les trucs trop dur à accepter. J'ai voulu être un grand, maintenant je suis un grand faut assumer. Et puis vu que j'ai pas eu l'enfance que je voulais avec les cadeaux et tout ce que je voulais, c'était assez dur quand même, j'ai l'impression de pas avoir vécu d'enfance, d'avoir basculé dans le monde des adultes comme ça d'un coup, la peur je sais pas quoi.

P : Bon, et alors, remuer tout ça, tu le sens comment ?

F : Bah on m'a dit que c'était très bien d'être mort dans une session, une bonne chose, un grand nettoyage, tant mieux...Mais si j'ai le choix je préfère pas le revivre...franchement c'était terrible...

P : Depuis ce thème de la mort est revenu en session d'ayahuasca ?

F : ouais, la session suivante après la diète...

P : tu aimerais en parler ?

F : bah là j'ai vu des corbeaux, des charognards qui sortaient de mon saut, une main qui faisait une croix sur ma jambe, des vieilles femmes genre des sorcières qui me disaient de venir, elles m'appelaient en ricanant...là je commence à avoir mal au ventre, je vais aux toilettes et là c'est l'explosion, je suis parti dans un délire...des araignées, des rats, des souris, derrière chaque plante y'avait des monstres qui me surveillaient, qui me guettaient pour me rentrer dans le corps...je suis pas resté une minute. En revenant dans la maloca, je me dis que ça va pas, ça va pas, ça va pas, je suis reparti dans la session d'avant, le truc que j'étais mort, des trucs qui m'envahissaient.

P : Tu sentais que tu pouvais faire quelque chose pour sortir de là ?

F : bah je m'étais taillé une croix en os, que j'avais autour du cou, en même temps que la médaille de saint Michel que Jacques m'a donné, et ça me chauffait, ça me chauffait, ça m'énervait...alors j'essayais de l'arracher mais j'y arrivais pas...j'ai fini par réussir à l'enlever. Je suis allé voir Jaime d'instinct...pour moi Jacques il me mentait : il me disait que je n'étais pas mort, mais il me mentait, pour me le faire passer en douceur, donc je suis allé voir Jaime. Et je sentais aussi le besoin d'aller voir le *padre* (un prêtre participe aux sessions) : « aidez moi, débarrassez moi de tous ces monstres, ces démons ».

P : tu es allé voir le padre pendant la session ?

F : nan j'ai pas osé...et puis avec mon espagnol de merde...mais je lui en aie parlé après. A ce moment là j'ai réfléchi à mon passager noir.

P : ton quoi ?

F : mon passager noir, l'ami imaginaire, celui que je nourrissais avec le tabac...je me demandais quoi faire de ça, et puis je me suis dit bah le transformer en un passager lumineux...le noir contre la lumière...du coup j'ai demandé « ça veut dire quoi ? » et là j'ai eu une vision, Jésus avec la croix...ça symbolise la foi, la lumière...donc voilà quoi...

P : ca fait sens ça pour toi ? Tu es croyant ?

F : bah j'ai dit à Jacques que je devais faire une confession...j'ai pas fait ça en 31 ans et j'en aie fait des conneries...j'y croyais pas forcément et puis ça va rien me couter...et puis j'ai fait du spiritisme, j'ai fait des trucs. Alors je suis allé voir le *padre* pour faire une confession. Et puis y'a eut une messe pour moi spéciale. J'ai demandé pour tout ce qu'il y avait à pardonner, toutes les mauvaises choses.

P : Et tu as senti un changement ?

F : Bah la session suivante j'ai vu beaucoup moins de choses noires, de têtes de mort et tout... j'ai eu une bonne session, tranquille...je sentais une force...une vision de taureau avec des ailes, je sentais mes muscles, ma force...comme si on me disait « maintenant t'es libéré », je sentais la puissance, la force de dire aux démons qui venaient de dégager, comme si j'avais nettoyé mon corps avec la messe, et que je sentais que maintenant j'avais la force de garder ça propre, c'est ta responsabilité. Comme mon petit jardin, c'était petit mais c'était propre...si y'avait une vision malsaine qui venait je me laissais plus envahir...et puis je priaais, alors ça marche, est ce que c'est de l'auto persuasion ou quoi...

P : Tu te sens comment par rapport à tout ça, la foi, les démons ?

F : ça fait peur quand même...un monde parallèle, invisible...C'est dur à comprendre et à admettre... on se demande si des fois y'aurait pas des démons, des trucs...(silence)

P : bien, merci...ca fait une heure, je pense qu'on pourrait s'arrêter là, qu'est ce que tu en penses ?...Tu as envie d'ajouter quelque chose ?

F : nan ca va...

P : bien, merci beaucoup et à bientôt alors.

Analyse du cas de F.

Le discours du patient se distingue d'abord par un déni défensif de sa problématique addictive. Lorsque nous abordons les motifs de son internement, il déclare ainsi : « bah comme tout le monde, je suis venu pour des consommations...mais pour moi, je suis plus venu pour donner un sens à ma vie, je fais de la cuisine depuis 17 ans et j'en aie vraiment marre de ce boulot (...) C'est là question que je me pose : qu'est ce que je fais ? ». Il concède seulement qu'il veut en finir avec le tabac (« Et Puis la deuxième chose c'était arrêter de fumer. »), mais met systématiquement en avant ce qu'il présente comme le « véritable » motif de son internement : se réorienter professionnellement (« au début je me suis dit que j'allais venir 3 mois pour faire le point et réfléchir à ce que je veux faire. »).

On comprend pourtant rapidement que F. souffre d'une polytoxicomanie impliquant la consommation d'héroïne, de subutex en mésusage, d'alcool, de cannabis, de médicaments – antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères- et de tabac. Si l'héroïne et le subutex semblent appartenir au passé, sa problématique avec l'alcool semble particulièrement prégnante (« un peu d'alcool...un peu trop d'alcool même »), puisqu'il consomme quotidiennement et dès le lever de nombreuses bières fortes.

Malgré mes relances (« ça veut dire quoi « pas malade » ?), F. relativise sa dépendance, disant ne pas sentir de manque ni de difficulté à avoir arrêté ses consommations après son internement (« finalement l'alcool j'arrivais à pas boire pendant des jours sans avoir de manque, quand mon patron m'engueulait. Alors je me disais que ça va j'étais pas dépendant. Enfin je sais bien que boire dès le matin c'est un peu bizarre, mais je ne me considérais pas comme malade (...) bah je me considérais pas comme alcoolique quoi, je buvais que de la bière. »).

Lorsque le patient évoque les sessions d'ayahuasca, (« ici les sessions on te dit que tu nettoies plein de merdes, les héritages, les portes que tu as pu ouvrir avec le LSD ou les champignons par exemple...quand tu prends du LSD tu ouvres tout ton champ énergétique, dans un teknival y'a 300.000 personnes, qui te dit que y'a pas un violeur ou un mec qu'à fait des messes noires...j'ai l'impression d'avoir ramassé plein de merdes comme ça. »), son discours illustre deux grands caractères de la représentation de la toxicomanie propre à Takiwasi. C'est qu'à Takiwasi, le toxicomane est considéré comme un individu qui s'est égaré au cours de la recherche d'une expérience spirituelle, par laquelle il espérait trouver une issue ou un terme à des problèmes sous-jacents. Toutefois, cette recherche « sauvage », effectuée sans guide ni structure d'accompagnement n'est pas sans danger. Le toxicomane est ainsi conçu comme un Prométhée moderne, qui paie le prix fort pour le vol du feu céleste. Alors que la consommation du produit relève initialement d'un réflexe sain consistant à chercher à échapper à un état de mal-être, elle occasionnerait une rencontre dangereuse avec le sacré, qui, abordé sans préparation, protection ni guide, réduit l'individu à un état de fascination pathologique : l'addiction. La toxicomanie consisterait en une « prise sauvage », de substances susceptibles de créer une ouverture au sacré et au monde invisible.

Inspiré de l'ouvrage de M. Hulin²², l'expression de prise « sauvage » couramment utilisée à Takiwasi désigne une utilisation au sein de laquelle les références culturelles et sociales sont absentes. Il y a dans ces cas une faillite des médiations symboliques ou culturelles pour le sujet, du fait que la prise d'hallucinogènes ne fait pas partie des techniques d'accès au transcendant autorisées en Occident. Manquant de repères symboliques²³ susceptibles d'éclairer le sens de l'expérience ou de l'orienter, dépourvu de références ou de médiations lui permettant de lutter contre la violence désorganisatrice des produits et contre la force des émergences pulsionnelles suscitées par les hallucinogènes, le sujet occidental se trouverait confronté à la désorientation et à l'angoisse. L'addiction est ainsi conçue pour partie comme une maladie-sanction, conséquence d'une transgression par ignorance²⁴ ou par infraction délibérée²⁵ de la loi qui règle l'usage des modes d'accès au sacré que seraient les substances psychoactives.

²² M. Hulin : 1993. Consacré aux expériences religieuses non contenues dans un cadre institutionnel, l'auteur y présente une phénoménologie du vécu hallucinogène en s'appuyant de façon privilégiée sur les expérimentations du poète belge H. Michaux. Hulin dégage trois dimensions du vécu succédant à l'ingestion de substances psychédéliques : la dissolution du schéma corporel, l'éloignement des repères d'espace et de temps et l'effacement de la frontière séparant le sujet et l'objet.

²³ Cosmogoniques, mythologiques ou autres.

²⁴ Imprévoyance, déraison.

La conception de la toxicomanie propre à Takiwasi implique par ailleurs une étiologie spirituelle marquée par la cosmovision chrétienne, qui semble s'être développée plus tardivement dans l'histoire de la clinique. Conformément à l'anthropologie chrétienne, les hommes sont ici considérés comme des esprits incarnés. Or, la dimension spirituelle est infestée d'esprits mauvais : les hommes sont donc susceptibles d'être pollués par la pluralité d'esprits qui peuplent la création et qui peuvent être source de maladies. On reconnaît ici le métissage propre à Takiwasi, qui puise dans le chamanisme l'idée d'une maladie causée par des esprits tout en l'insérant dans la cosmovision chrétienne. Aux yeux des thérapeutes de Takiwasi, la dépendance est vécue par les patients comme une forme de « possession ».

On note nettement l'impact de ce système de représentations sur la manière qu'a le patient de lire son expérience de l'ayahuasca. Des angoisses d'intrusion, ainsi qu'un mécanisme de clivage et de projections d'éléments déniés du moi, conjugués aux effets hallucinogènes de l'ayahuasca le conduit à matérialiser des « démons » (« je sentais aussi le besoin d'aller voir le *padre* -un prêtre participe aux sessions- : « aidez moi, débarrassez moi de tous ces monstres, ces démons » / « tu vas boire cette plante tu vas cracher le mal, tu vois des démons c'est normal tu vas les vomir »). On remarque toutefois que l'ayahuasca est un puissant outil de symbolisation (« c'est pour imaginer quelque chose...un truc métaphorique...plutôt que de ruminer tes trucs, ça prend forme, comme si quelqu'un t'écoutait. »).

F. aborde ensuite une problématique paternelle (manque d'affection, de reconnaissance : « mon père a été éduqué comme ça, sans trop d'affections, alors il a reproduit ça un peu sur nous...enfin comme ça que je l'ai ressenti, un manque d'affection, enfin à sa manière lui il voulait plus nous apprendre la vie que nous offrir une sucette...et puis j'étais assez turbulent, je sais pas si c'est du à ça, donc j'ai passé mon temps à me prendre des claques. ») lié dans le récit à la prise de solvants débutant vers 14 ans, qui on le voit avaient la fonction de le placer dans un espace anesthésiant, de mettre à distance le monde et semble-t-il les affects ressentis envers son père. On note que F. lie cet usage des solvants à celui du tabac, et semble donc nous donner une piste permettant de mieux comprendre les ressorts de son comportement addictif (« Et je me sentais comme dans une bulle, une bulle protectrice où t'es tout seul mais t'es bien tout seul en fait...un peu comme avec le tabac, t'es avec ton truc, une bulle, un monde, je ne sais pas comment on pourrait appeler ça » / « J'ai voulu être un grand, maintenant je suis un grand faut assumer. Et puis vu que j'ai pas eu l'enfance que je voulais avec les cadeaux et tout ce que je voulais, c'était assez dur quand même, j'ai l'impression de pas avoir vécu d'enfance, d'avoir basculé dans le monde des adultes comme ça d'un coup, la peur je sais pas quoi. »).

L'évocation de cette période culmine avec le récit de l'expérience de perte de conscience suivant une consommation intensive de solvants, vers l'âge de 15 ans. Le patient nous dit alors s'être senti mourir, et l'expérience racontée par F. nous invite à nous interroger sur la nature de cette expérience, qui pourrait s'apparenter à une expérience de désorganisation d'ordre psychotique.

Or, une des sessions d'ayahuasca vécue à Takiwasi a replongé F. dans ce souvenir sur un mode très particulier, qui semble réactiver de manière très vive une angoisse de mort : le patient se persuade qu'il est mort ce jour là, et qu'il est devenu depuis une sorte de fantôme errant, ignorant sa propre mort, à l'image d'une « dame blanche » (« des filles qui refusent leur mort, qui ont pas compris qu'elles étaient mortes, elles cherchent la raison de leur mort parce qu'elles sont mortes tellement rapidement...à ce moment là elles sont ni vivantes ni mortes, elles sont ni au paradis ni sur la terre, elles sont entre deux. Bah moi je me disais que

²⁵ Désobéissance morale.

ce serait ce qui m'était arrivé à moi. »). F. imagine alors sur un mode paranoïaque que les guérisseurs sont également morts et que la clinique est un lieu de passage (« j'ai commencé à me dire que Jacques était mort lui aussi, en faisant une session d'ayahuasca ou je sais pas et mes parents par spiritisme avaient réussi à connecter son âme et du coup il était venu me chercher...Takiwasi on fait croire que c'est un centre pour toxicomanes mais en fait c'est un lieu pour débloquent les gens qui sont coincés dans cet espace, pour passer vers la lumière et le paradis. ») volontairement présenté comme une clinique afin de ne pas faire peur aux « fantômes qui s'ignorent ». Le fait que F. dise avoir douté du fait d'être un fantôme durant les quelques jours suivants la session d'ayahuasca semble inquiétant et peut faire songer à une décompensation, mais il parvient toutefois à symboliser sur le thème de cette « mort », qu'il relie finalement à la mort de l'enfance (« J'ai voulu être un grand, maintenant je suis un grand faut assumer. Et puis vu que j'ai pas eu l'enfance que je voulais, avec les cadeaux et tout ce que je voulais, c'était assez dur quand même, j'ai l'impression de pas avoir vécu d'enfance, d'avoir basculé dans le monde des adultes comme ça d'un coup, la peur je sais pas quoi. »). On voit que le thème de la mort et de l'angoisse de mort est très prégnant, puisqu'il revient une seconde fois dans l'entretien, par le récit que fait F. d'une nouvelle session d'ayahuasca.

Dans ce second récit, nous voyons à nouveau à l'œuvre les tendances paranoïaques et les angoisses d'intrusion matérialisées par une foule d'animaux et de monstres tentant de pénétrer son corps (« des vieilles femmes genre des sorcières qui me disaient de venir, elles m'appelaient en ricanant...là je commence à avoir mal au ventre, je vais aux toilettes et là c'est l'explosion, je suis parti dans un délire...des araignées, des rats, des souris, derrière chaque plante y'avait des monstres qui me surveillaient, qui me guettaient pour me rentrer dans le corps »). L'angoisse de mort revient, et les tendances paranoïaques se font alors plus appuyées, et se retournent contre les guérisseurs (« pour moi Jacques il me mentait : il me disait que je n'étais pas mort, mais il me mentait »). Les multiples êtres menaçant perçus pendant la session semblent activer des éléments de culpabilité chez F., qui ressent le besoin de se confesser auprès d'un prêtre. On voit encore ici l'influence de l'étiologie locale sur le patient, qui lit son expérience à l'aune des représentations chrétiennes (« je me demandais quoi faire de ça, et puis je me suis dit bah le transformer en un passager lumineux...le noir contre la lumière...du coup j'ai demandé « ça veut dire quoi ? » et là j'ai eu une vision, Jésus avec la croix...ça symbolise la foi, la lumière...donc voilà quoi...bah j'ai dit à Jacques que je devais faire une confession...j'ai pas fait ça en 31 ans et j'en ai fait des conneries...j'y croyais pas forcément et puis ça va rien me coûter...et puis j'ai fait du spiritisme, j'ai fait des trucs. Alors je suis allé voir le *padre* pour faire une confession. Et puis y'a eut une messe pour moi spéciale. J'ai demandé pour tout ce qu'il y avait à pardonner, toutes les mauvaises choses. ») et l'idée de transgression spirituelle qui impliquerait des « contaminations » spirituelles (spiritisme).

Le recours à la confession semble agir comme un rituel de réparation et de déculpabilisation et le convaincre de l'efficacité du recours thérapeutique de certaines techniques spirituelles comme la prière (la session suivante j'ai vu beaucoup moins de choses noires, de têtes de mort et tout... (...)) comme si on me disait « maintenant t'es libéré », je sentais la puissance, la force de dire aux démons qui venaient de dégager, comme si j'avais nettoyé mon corps avec la messe, et que je sentais que maintenant j'avais la force de garder ça propre, c'est ta responsabilité. Comme mon petit jardin, c'était petit mais c'était propre...si y'avait une vision malsaine qui venait je me laissais plus envahir...et puis je priais, alors ça marche, est ce que c'est de l'auto persuasion ou quoi...).

S'ensuit dès lors comme une réappropriation de son espace intime, une protection contre les intrusions et l'angoisse. La fin de l'entretien manifeste cependant la permanence d'une

angoisse planante (« ça fait peur quand même...un monde parallèle, invisible...C'est dur à comprendre et à admettre... on se demande si des fois y'aurait pas des démons, des trucs »).

En somme, cet entretien permet de repérer chez F. une grande angoisse de mort et d'intrusion, ainsi qu'une certaine culpabilité qui se manifeste de manière exacerbée lors des sessions d'ayahuasca. Nous pourrions ainsi faire l'hypothèse que le patient vise précisément à se protéger de ces angoisses par la consommation de stupéfiants, qu'il use à la manière d'un anesthésiant mettant à distance la réalité et les affects d'angoisse, notamment ceux liés à un père perçu comme dur et manquant d'affection, à l'origine de « l'absence d'enfance » évoquée par F. Le déni de la problématique addictive reste toutefois important à ce stade du traitement et le refuge dans une position paranoïaque semble être un recours privilégié par F., afin notamment de faire face à des angoisses de mort qui semblent menacer par à-coups l'organisation psychique du sujet.

III) Ressentis cliniques et institutionnels : le contre-transfert du stagiaire

A) Eléments de contre-transfert dans la relation au patient toxicomane

Nous ferons place ici au ressenti subjectif du stagiaire dans son rapport au patient et à la « pathologie » qu'il est supposé contribuer à guérir ou à soulager. Avant toute chose, je souhaite d'abord souligner qu'il m'a semblé que la place de « stagiaire » affecte la relation avec les patients et la possibilité de fonder une relation thérapeutique. Cela peut sembler évident, mais mérite d'être dit, puisque la position de stagiaire constitue le contexte qui préside à l'ensemble de mes ressentis. En étant « le stagiaire », on est en effet dans une situation ambiguë, même lors d'un entretien en face à face : on bénéficie d'une crédibilité souvent faible dans nos interventions (ce qui est légitime, du fait de notre manque d'expérience) notamment auprès du reste de l'équipe thérapeutique et on ne sait pas nécessairement « quoi faire » avec le discours du patient, qui quant à lui s'adresse parfois à vous comme à un soignant à même de l'aider. Il peut sembler difficile de parvenir à saisir la part dans ce qui est dit de ce qui nous est éventuellement adressée, de ce qui peut faire sens pour nous et à laquelle il nous serait légitime de répondre dans un échange interpersonnel. En somme, la position de stagiaire psychologue est une position bâtarde : en quelque sorte mis à distance à la fois par les patients et l'équipe soignante car n'appartenant à aucune des deux catégories, individu de passage dans l'institution, observateur toléré par les soignants et les patients.

J'ai par ailleurs pu sentir tout au long du stage une différence diffuse mais palpable dans mon appréhension des patients selon un sentiment de proximité plus ou moins grand, fondé sur l'âge, le profil social et culturel, le type de produit consommé, la trajectoire individuelle, etc. J'ai en effet pu mesurer une distance intérieure plus ou moins proche entre les patients et moi-même selon ces éléments allant jusqu'à me faire balancer entre déférence et recherche de complicité. C'est ainsi que je ressentais une complicité avec des jeunes occidentaux de classe moyenne consommateurs de produits relativement « communs » pour ma génération (alcool, cannabis, *designer drugs*), alors que j'éprouvais initialement une sorte de répulsion envers les injecteurs d'héroïne ou les consommateurs de *pasta basica* (crack local) du même âge et une incompréhension devant les injecteurs de Subutex ou les consommateurs excessifs de benzodiazépines. Autre facteur de « distance intérieure » : l'âge et la position sociale. La distance était beaucoup plus importante avec les patients de 40 ans ou plus, souvent davantage « marqués » par leurs consommations, et davantage désocialisés et marginaux. Ici, la consommation revêtait une dimension plus pathétique, et ne pouvait plus se cacher sous le masque romantique que les plus jeunes savent lui prêter. Le facteur majeur restant la différence culturelle : les patients de cette institution étaient en effet soit des jeunes occidentaux (notamment français) soit des péruviens de haute-Amazone provenant souvent des classes les plus pauvres, soit des habitants des grandes villes d'Amérique latine, plus proches des modes de vie des classes moyennes occidentales dont je fait moi-même partie. Ces variations dans la représentation des différents patients et de ma proximité avec eux sont toutefois, dans la mesure du possible, restées toutes intérieures et ont été limitées aux premiers contacts avec les patients, cédant peu à peu au fur et à mesure de mon intégration à l'équipe et au développement de ma position thérapeutique. Je me suis bien évidemment efforcé de ne rien laisser paraître de l'affection, de la complicité ou au contraire de la relative répulsion, de l'étonnement ou de l'incompréhension que je pouvais éprouver au premier stade de mon travail à l'égard d'un patient. Dans quelle mesure ces mouvements internes influent-ils sur la relation thérapeutique ? Comment est-il possible de les réduire ou d'en faire des outils au service de la relation thérapeutique ? Ces questions touchant la relation transférentielle restent seront l'objet de réflexions au cours de mes prochaines expériences cliniques.

J'ai par ailleurs pu observer qu'à Takiwasi comme ailleurs, les patients toxicomanes ne sont parfois pas prêts à cesser de consommer, quoiqu'ils déclarent par ailleurs. Certains semblent espérer en effet un effet « magique » de l'internement en secteur fermé, d'autres souhaitent arrêter temporairement une « descente aux enfers » (marginalisation, consommation excessive depuis quelques mois) et faire une « pause » dans la consommation, et d'autres encore le font pour faire plaisir à un proche ou en réaction à un événement traumatique (mort d'un proche) etc. Il m'a ainsi semblé qu'une minorité seulement des patients qui intègrent la clinique semblent disposés à réaliser le travail intérieur nécessaire à une prise d'autonomie définitive envers les produits, ou ne sont pas conscients des efforts importants et durables que cela exigera. Mais le souhaitent-ils vraiment ? Il m'a semblé que la plupart des patients aspiraient moins à arrêter de consommer qu'à trouver un équilibre dans leur consommation qu'ils reconnaissent en partie comme destructrice.

En ce sens, l'internement du patient toxicomane pourrait parfois laisser l'impression d'être un lieu de repos, de pause, voire de vacances pour le patient toxicomane. Le caractère protecteur de l'unité, avec ses règles et ses routines, la bienveillante fermeté de son personnel donnent probablement au patient une sensation de chaleur, de protection et de possibilité d'un véritable repos. De fait, la plupart des patients en ont probablement besoin. On sent d'ailleurs que le patient y vient pour se protéger de son propre désir : ici il sera tranquille, la question de la consommation ne se posera pas. C'est interdit, impossible. Pour un temps. On craint

toutefois, en laissant partir ces derniers à la fin du traitement, que certains ne résisteront « hors les murs » à leur désir de consommer.

L'un des problèmes majeurs des centres de traitement des addictions consiste par ailleurs, à Takiwasi comme ailleurs, dans le fait que les patients sont en situation de comorbidité psychiatrique. Les patients, souffrant souvent de graves troubles anxieux ou de l'humeur ne viennent pas pour traiter ces éléments mais pour régler leurs problèmes de consommation. Or, distinguer ainsi la consommation de l'ensemble des actes et des ressentis du patients m'a parfois semblé artificiel. Pourquoi en effet distinguer le traitement d'un trouble anxieux de la consommation d'alcool qui y est lié ? Cette séparation est-elle légitime d'un point de vue épistémologique et efficace d'un point de vue clinique ? J'ai plusieurs fois remarqué en entretiens à quel point la question de la consommation, du produit, du manque etc. *occupait* ainsi l'espace psychique du patient et de la relation thérapeutique : au sens où ces éléments faisaient symptômes, semblaient barrer l'accès aux éléments psychiques qu'ils manifestaient toutefois. En ce sens, la relation au produit m'est souvent apparue comme « l'arbre qui cache la forêt » du psychisme, et j'ai regretté à plusieurs reprises de ne pouvoir plus facilement accéder aux éléments psychiques et affectifs qui conditionnaient la consommation pathologique.

Parvenir à briser cette gangue demanderait selon moi un travail psychothérapeutique beaucoup plus long, régulier, dense et approfondi. En l'état actuel des choses, Takiwasi accorde à mon sens un rôle trop mince au psychologue, qui peut parfois lui donner la sensation d'être réduit à une fonction d'étayage de ce qui a été vécu au cours des rituels thérapeutiques, qui constituent le cœur du travail de soin tel qu'il est conçu à Takiwasi. L'un des critiques principales que je pourrais donc formuler sur l'institution et le dispositif thérapeutique mis en place à Takiwasi consiste ainsi (et s'en étonnera-t-on de la part d'un aspirant psychologue ?) selon moi dans la relative faiblesse de la part accordée à la psychothérapie au regard de l'importance accordée au travail rituel usant de la médecine traditionnelle amazonienne.

B) Eléments de contre-transfert institutionnel

Nous ferons place ici au ressenti subjectif du stagiaire dans son rapport à l'institution, à l'équipe et aux pratiques thérapeutiques locales. La problématique la plus notable au cours de l'ensemble du stage a été la confrontation à une étiologie « exotique », comme l'illustre le cas de F., faisant entrer des catégories étrangères à ma formation et à ma culture dans le diagnostic et le traitement des patients.

Inquiétant étrangeté face une étiologie exotique : le psychologue clinicien en situation interculturelle

Si l'on accepte l'idée qui fait autorité à Takiwasi selon laquelle la toxicomanie est portée par l'aspiration à une vie spirituelle, à une recherche de sens, alors la thérapie qui prétend la guérir devra nécessairement prendre en considération la dimension spirituelle. C'est qu'en effet, l'attitude de la psychiatrie et de la psychologie traditionnelle à l'égard de la religion et du mysticisme est déterminée par l'orientation mécaniste et matérialiste de la science moderne, qui conduit à concevoir la conscience comme une fonction strictement

physiologique. Les expériences spirituelles²⁶ sont ainsi considérées comme des déformations de la réalité objective traduisant un processus pathologique. Pour expliquer ces phénomènes, la psychiatrie se tourne souvent vers les thèses psychanalytiques, qui suggèrent que les origines de la religion sont à rechercher dans les conflits irrésolus de l'enfance. Le concept de divinité reflète, dans ce contexte, la représentation infantile des figures parentales ; les attitudes des croyants à leur égard sont des signes d'immaturation et de dépendance et les activités rituelles trahissent une lutte avec des pulsions psychosexuelles menaçantes, comparables à celles enregistrées dans les névroses obsessionnelles. Nul ne concevait dans le domaine de la psychologie que ces phénomènes puissent être abordés de manière différente jusqu'à la publication des travaux de Jung, Maslow ou Assagioli. Le caractère relativement novateur de cette approche consistait dans la reconnaissance d'un processus d'urgence spirituelle ou de crise transpersonnelle sous-tendant les « maladies mentales ». C'est semble-t-il dans la lignée de ces travaux que s'enracine la conception de la toxicomanie propre à Takiwasi. Selon les thérapeutes de Takiwasi, la spiritualité constitue en effet une partie intrinsèque de la psyché, qui se manifesterait de manière spontanée lorsque le processus d'exploration de soi atteint une profondeur suffisante. Une confrontation empirique directe avec les niveaux périnataux et transpersonnels de l'inconscient serait toujours associée à un réveil spontané de la spiritualité, indépendant de l'enfance de l'individu, de son conditionnement religieux, de son adhésion à un culte ou de son appartenance culturelle. L'individu qui entre en contact avec ces niveaux de la psyché développerait une nouvelle vision du monde dans laquelle la spiritualité représente un élément naturel, essentiel et vital de l'existence. La dimension spirituelle de la psyché constituerait par ailleurs un puissant ressort thérapeutique.

Or l'hégémonie du modèle médical en matière psychiatrique a consisté en une transplantation mécanique des concepts et des méthodes médicaux. Il résulte de l'application mécanique de la pensée médicale à la psychiatrie que les désordres que traite un psychiatre sont considérés comme des maladies pour lesquelles l'étiologie s'avèrera toujours en dernière instance être une anomalie anatomique, physiologique ou biochimique. Or, l'application de la pensée médicale à la majorité des problèmes psychiatriques et au traitement des désordres émotionnels, en particulier de la toxicomanie est vivement critiquée par les thérapeutes de Takiwasi, qui la présentent comme une perspective réductrice manquant l'origine réelle de la maladie et interdisant sa guérison définitive. A contrario de ces positions, J. Mabit s'est attaché à édifier un traitement de la toxicomanie qui corresponde à la conception qu'il s'en fait : un traitement qui prenne en compte la dimension spirituelle de cette maladie.

Or, comme nous l'avons vu, la conception de la toxicomanie propre à Takiwasi implique par ailleurs une étiologie spirituelle marquée par la cosmovision chrétienne. Conformément à l'anthropologie chrétienne, les hommes sont ici considérés comme des esprits incarnés. Or, la dimension spirituelle est infestée d'esprits mauvais : les hommes sont donc susceptibles d'être pollués par la pluralité d'esprits qui peuplent la création et qui peuvent être source de maladies. On reconnaît ici le métissage étiologique propre à Takiwasi, qui puise dans le chamanisme l'idée d'une maladie causée par des esprits tout en l'insérant dans la cosmovision chrétienne. Aux yeux des guérisseurs locaux, la dépendance serait ainsi vécue par les patients comme une forme de possession : la drogue est une entité diabolique dotée d'une vie et d'une volonté propre, qui se nourrit de l'énergie vitale du patient, l'oblige à agir à l'encontre de ses véritables désirs et enfin le châtie et le détruit. Lorsque l'on parle de possession à Takiwasi, il ne s'agit pas de la grande possession démoniaque mais de formes « d'infestations » plus ou

²⁶ Telles que les expériences « d'unité cosmique », les séquences mort-renaissance, les visions de lumière d'une beauté surnaturelle ou les rencontres avec des personnages archétypes.

moins importantes, simples ou multiples, détectées lors des rituels thérapeutiques. Ces infestations proviendraient d'abord de « contaminations » contractées lors des prises « sauvages » de drogues, qui ouvrent le patient au monde spirituel sans qu'il ne bénéficie de protection rituelle. De manière générale, un traumatisme psychologique majeur ou une grave transgression pourrait susciter une infestation. Ces dernières peuvent également résulter d'héritages transgénérationnels « pollués » par exemple par des pratiques de sorcellerie ou des malédictions.

Cette étiologie « spirituelle » dans le discours des guérisseurs et des patients a été relativement déroutante pour moi. D'abord parce qu'il venait semble-t-il réactiver un fond refoulé de ma propre culture : le catholicisme (je suis baptisé et de culture catholique) et des éléments qui lui sont liés comme les démons ou l'exorcisme. Le contre transfert aurait été il me semble beaucoup moins troublant si je m'étais confronté à une culture radicalement exotique, comme celle des Jivaros ou des Dogons. Mais le contexte particulier de Takiwasi, clinique fondée par un médecin français mêlant les outils du chamanisme amazonien, de la médecine allopathique, de la psychologie clinique et du catholicisme, en réactivant des éléments refoulés de ma propre culture, m'a plongé dans une position complexe.

Face aux récits de possession, d'infestation, de sorcellerie et de démons rapportés par les guérisseurs ou les patients –comme F.-, je faisais d'abord preuve d'une curiosité doublée d'une certaine méfiance, me considérant exonéré de telles « croyances » renvoyant pour le sujet moderne à un passé préscientifique. Le fait de partager de longs mois de vie commune au sein de la clinique, de chercher à saisir la cohérence de l'étiologie locale, de suivre l'évolution des patients et ma propre participation aux rituels thérapeutiques usant de l'ayahuasca m'ont toutefois conduit à modifier peu à peu mes représentations.

Ce qui était initialement méfiance, incompréhension s'est peu à peu mué en grand intérêt devant l'observation de l'effet de la participation aux rituels thérapeutiques, les riches matériaux psychiques qui en émergeaient. La force des récits des patients et leur cohérence me conduisaient à m'interroger sur le statut ontologique de ce qui avait été vécu. Quel était le statut d'existence et la signification à accorder aux entités surnaturelles fréquemment perçues par les patients ? Sont-elles des entités autonomes et indépendantes peuplant une réalité habituellement invisible mais rendue accessible par l'ayahuasca ? Dans ce cas, leur existence valide-t-elle le discours religieux ? Sont-elles au contraire le fait de projections psychiques à même de nous apprendre beaucoup sur notre inconscient, ou encore sont-ce de purs fantasmes de l'imagination ? J'étais parfois tenté de prendre littéralement au pied de la lettre le discours des guérisseurs chamanes. D'autant que plus j'avais dans l'expérience des rituels et dans le suivi des patients, plus j'étais témoin de phénomènes frappants –épisodes de possession démoniaque très spectaculaires- ainsi que de récits cohérents –récits de rencontre avec des esprits, des ancêtres, histoires de sorcellerie etc.- semblant au premier abord confirmer l'étiologie spirituelle. De même, les actions symboliques des guérisseurs au cours des rituels (prières, usage de parfums, de fumigations etc.) semblaient faire preuve d'une efficacité réelle sur ces phénomènes, les patients témoignant d'un véritable soulagement. J'avais alors l'impression d'explorer un espace refoulé par notre culture, qui me semblait dans un premier temps mettre à mal les outils de la psychologie clinique classique : celui de la sorcellerie, des esprits et des démons. Dans ces espaces « spirituels » révélés par les rituels que seuls les guérisseurs semblaient être à même de symboliser adéquatement, ces derniers apparaissaient comme les uniques recours, les seuls qui en somme comprenaient ce qu'il s'y passait et savaient ce qu'il convenait de faire.

Cette posture, à laquelle n'échappait d'ailleurs pas l'ensemble de mes collègues psychologues, m'a toutefois conduite à des interrogations, touchant la relation aux guérisseurs, qui constituent en fait la véritable autorité thérapeutique, à l'image des médecins au sein des unités de psychiatrie en France. J'ai alors souvent ressenti des difficultés à échapper à l'influence des catégories étiologiques locales de type chamaniques, les validant parfois implicitement dans mon discours, ayant la sensation que ma formation de psychologue ne me donnait pas les outils nécessaires à une compréhension adéquate des phénomènes auxquels j'étais confronté. **Plus profondément, je cherchais moi-même à démêler le mystère de ces expériences et utilisait les entretiens avec les patients comme des outils d'exploration et de comparaison avec ce que j'avais pu vivre moi-même,** ce qui était bien évidemment très problématique, puisque je favorisais par mes questions le traitement de certains thèmes et privilégiait par mes réactions certaines pistes d'interprétation.

Dans le même temps, je sentais toutefois que je ne pouvais me limiter à cette grille d'interprétation donnée par les guérisseurs ou par le modèle de la psychologie transpersonnelle dominant à Takiwasi, qui me semblaient par certains aspects réducteurs. Je notais par ailleurs que l'influence de cette étiologie chamanique sur les patients pouvait produire des effets contre-productifs pour l'évolution du travail psychothérapeutique. Je notais en effet chez certains patients une sorte de fascination pour les vécus « spirituels » expérimentés au cours des rituels, et notamment les « rencontres » et relations avec des entités surnaturelles, notamment de nature démoniaque. Cette fascination ne manquait pas de se traduire dans les entretiens, qui semblaient alors être réduits par le patient à des ateliers d'interprétation de ces vécus, ce qui produisait une sorte d'évitement de la confrontation à des éléments affectifs ou psychiques. La participation aux rituels semblait par ailleurs susciter une sorte de foi dans l'effet « magique » de ces derniers, auxquels il suffirait de participer afin d'accéder à des matériaux psychiques et de résoudre certaines problématiques, notamment par l'expulsion d'émotions désagréables ou de tendances comportementales par le biais du vomissement suscité par l'ayahuasca ou les plantes purgatives.

J'ai alors ressenti un certain désir de prendre de la distance par rapport à ces représentations. Qui s'est notamment traduit par la décision de ne plus participer moi-même aux rituels. Ceci a été parfois perçu comme une sorte de « résistance » par les guérisseurs, qui pouvaient y voir une sorte d'abandon du travail thérapeutique et exploratoire que j'avais commencé avec eux. La relation de confiance mutuelle tissée avec l'équipe de l'institution tout au long du séjour m'a toutefois permis de continuer à poursuivre mon travail auprès des patients dans de bonnes conditions. Cette relative prise de distance a eu impact concret dans ma relation aux patients. Je me suis en effet dès lors attaché auprès des patients à ne jamais me prononcer sur la dimension « spirituelle » de leurs expériences, ni à les inviter à parler de ces « expériences » sur lesquelles ils se montraient habituellement très discrets, les invitant systématiquement à s'interroger sur le sens que pouvait prendre ce qu'ils avaient vécu au cours des rituels au regard de leur histoire et de leur problématique personnelle. La consultation régulière du manuel de méthodologie de recherche de G. Devereux (*De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*) a alors été très salutaire et m'a permis de commencer à utiliser les affects mobilisés au cours de cette expérience clinique au service d'un travail de recherche clinique.

Le retour en France ainsi que la reprise de ma cure analytique (suivie depuis 8 ans) a permis une meilleure élaboration de mon vécu au sein de la clinique. L'exigence de production d'un travail universitaire m'a également été très utile, me contraignant à objectiver ma position et à travailler les éléments de contre-transfert envers les patients et l'institution où j'avais effectué mon stage. La relecture de mes notes et des entretiens, confrontée à la lecture de la théorie

ethnopsychanalytique, m'a enfin permis d'ébaucher une conceptualisation des phénomènes psychiques auxquels j'ai été confronté au cours de ce stage clinique. Ce travail d'élaboration me semble toutefois encore aujourd'hui à l'état d'ébauche, et s'inscrit à plus long terme dans la perspective de recherches futures dans le domaine de la clinique interculturelle.

CONCLUSION

Cette expérience clinique a été pour moi très enrichissante, notamment par sa dimension interculturelle. J'ai pu y éprouver mon goût pour la relation thérapeutique ainsi que pour la problématique addictive et son traitement. J'ai par ailleurs pu percevoir toute la difficulté d'un traitement de l'addiction ainsi que l'ambiguïté des patients qui rejoignent l'unité dans leur désir d'en finir avec leur relation problématique au produit. Enfin, l'apport principal de cette première expérience consiste probablement dans la mise au jour des mécanismes de contre-transfert. Ces éléments, qui ont nourri mon propre processus analytique (je suis une cure analytique bihebdomadaire depuis 8 ans), m'ont confronté bien souvent à ma propre ambiguïté face à la position de thérapeute, aux relations avec les patients et à l'institution. Pour conclure, cette expérience m'a permis de saisir conjointement à la fois tout le chemin qui m'éloigne encore de la justesse d'une position de thérapeute et la vivacité de mon désir d'effectuer ce dernier. J'espère donc de la suite de ma formation de psychologue ainsi que des prochaines expériences professionnelles qu'elles me permettront d'affiner et d'ajuster ma position de psychologue.