

le Carnet PSY

numéro 61 mars 2001



EDITIONS CAZAUBON, 8 BIS AVENUE JEAN-BAPTISTE CLÉMENT, 92100 BOULOGNE. TÉL. 01 46 04 74 35 • FAX 01 46 04 74 00 • MENSUEL 35 F

agenda france	3
agenda international	10
parutions du mois	11

Bloc-notes

Note de lecture

- **L'enfant autiste**, de Pierre Delion *par Sylvain Missonnier* . 12

ACTUALITÉS DE L'ALCOOLISME

dossier coordonné par Michèle Monjaube

• La place de l'alcoolisme parmi les addictions <i>par Pr Jean Adès</i>	14
• Actualités de l'alcoolisme? <i>par Dr Jean-Paul Descombey</i> ..	15
• Psychanalyse de l'« objet. « Objet-drogue », « objet-alcool » <i>par Michèle Monjaube</i>	16
• Mieux penser, mieux organiser l'alcoologie, <i>par Dr Henri Gomez</i>	22
• La prescription médicamenteuse dans le traitement de l'alcoolisme, <i>par Dr Philippe Larivière et Dr Philippe Batel</i>	25
• Cure de désintoxication : programme thérapeutique à partir d'un cadre hospitalier psychiatrique, <i>par Dr Marc Derély et Chantal Dermine</i>	28
• De quelques aménagements dans les soins psychanalytiques aux alcooliques, <i>par Dr Thierry Florentin</i>	31
• Les enfants de parents alcooliques, <i>par Dr Philippe Michaud</i>	33
• L'alcoolisme au féminin ou la question de l'emprise, <i>par Blandine Faoro-Kreit</i>	36
• Du bon usage de la psychothérapie de relaxation en alcoologie, d'après une évaluation comparative, <i>par Marie-José Hissard</i>	38
• Présentation de l'Ursa (Unité de Recherche et de Soins en Alcoologie), <i>par Dr Hélène Niox-Rivière</i>	40
• Mon expérience de médecin alcoologue avec les alcooliques anonymes, <i>par Dr Isabelle Sokolow</i>	42
Site Web	44
Bulletin d'abonnement.....	45

L'alcoologie clinique en question

Voici les soignants en désarroi devant la progression des addictions chez des « patients » qui ne le sont plus: le réflexe remplace désormais la réflexion. Toute tension se résout par un geste qui court-circuite la pensée. Les drogues prennent une fonction d'obturation instantanée de la souffrance psychique dans des proportions jamais atteintes jusque là.

La tentation est grande alors de répliquer par des « soins réflexe », par exemple créer un modèle addictif unique auquel serait appliqué un « prêt-à-soigner » type. Nul doute que chaque école aurait son modèle. Nul doute aussi que chaque drogué conserverait le sien.

Une autre tendance d'aujourd'hui, heureusement basée sur la réflexion et non plus sur le réflexe, est de comprendre que pour que le drogué devienne abstinant, il faut une longue transformation intérieure. Il ne s'agit plus seulement de prescrire un traitement à un patient, mais d'accompagner une personne afin qu'elle devienne libre de ses propres choix.

Face à une addictologie qui pourrait être réductionniste, l'alcoologie se doit de démontrer la réalité de l'entité-alcoolisme pour justifier la nécessaire singularité de ses démarches. Aux soignants de comprendre les alcooliques dans leur organisation psychique particulière et de leur offrir des soutiens en fonction d'une faille psychique que chacun présente, vit différemment et résoudra à sa manière.

Michèle Monjaube

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

3 mars 2001

Paris

8^e journée de Psychopathologie du nourrisson du centre Alfred Binet.

Troubles de l'affect et de la représentation dans les traitements psychanalytiques parents bébés.

Contact: Mme Rat, service de l'enseignement. Tél. 01 40 77 43 18. Fax 01 40 77 43 55.

10 mars 2001

Le Havre

5^e journée organisée avec le Pr Gold, le Pr Golse, le Pr Marty, A. Watillon. « **Le petit chose** ».

Les petits bobos de la vie.

Psychopathologie de la vie quotidienne du nouveau-né et du jeune enfant.

Contact: Tél. 02 35 54 16 09. Fax 02 35 48 40 46. Emails: pcorde@ch-havre.fr, petitchose@ch-havre.fr.

16-17 mars 2001

Paris

19^e journées d'étude du Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap, en hommage au Pr Serge Lebovici.

La vie affective et sexuelle du jeune handicapé, autiste.

Lieu: Salle de congrès Asiem, 6 rue Albert de Lapparent.

Contact: Grap, 44 quai de la Loire, 75019 Paris. Tél. 01 42 02 19 19. Fax 01 42 02 87 47.

17 mars 2001

Paris

28^e Journée Scientifique du Centre de Guidance Infantile.

Un siècle devant soi ou la psychiatrie infantile est-elle prédictive? (M. Soulé, B. Golse, M. Rufo, A. Guedeney.)

Lieu: Maison de la Chimie.

Contact: Association Phymmentin Copes, 20 rue de Dantzig, 75015 Paris. Tél. 01 53 68 93 43. Fax 01 53 68 93 45.

22-23 mars 2001

Nantes

Colloque organisé par l'IFREP (Institut de Formation de Recherche et d'Evaluation des Pratiques medico-sociales). **Violences et institutions. Prévenir la répétition.**

Lieu: Cité des Congrès.

Contact: IFREP, BP 358, 75626 Paris cedex 13.

31 mars-1^{er} avril 2001

Juan-les-Pins

Colloque international, sous le haut patronage du Ministère de la Santé, en hommage à Serge Lebovici, organisé par la revue *L'autre*, la Faculté de Bobigny, l'Université de Paris nord (13), l'Hôpital Avicenne.

Adolescences. Perspectives cliniques d'ici et d'ailleurs.

Contact: Myriam Moulin, Journal des Psychologues, 8 rue de l'Hôpital Saint-Louis, 75010 Paris.

14 et 15 mai 2001

Marseille

Colloque organisé par l'Association Anthea.

Sexualité et groupes éducatifs.

Contact: Anthea, 7 place aux Herbes, BP 219, 83006 Draguignan Cedex. Tél. 04 94 68 98 48. Fax 04 94 68 28 74.

◆ 19 mai 2001

Paris

Journée d'étude du Groupe de recherche et d'Action pour l'Enfance (Grape) sur l'adolescence.

Entre amour et sexualité: une tension créatrice de l'identité à l'adolescence.

Contact: Grape Formation Enfance, 8 rue Mayran, 75009 Paris. Tél. 01 48 78 30 88. Fax 01 40 16 95 92. Email: enfance.grape@wanadoo.fr.

19 mai 2001

Paris

2^e journée d'étude organisée par le Centre Alfred Binet, avec Bernard Touati, Marie-Christine Laznik, Fabien Joly, Geneviève Haag, Laurent Mottron, Michel Botbol.

Voies de sortie de l'autisme?

Lieu: Maison de la Chimie, 28bis rue Saint-Dominique, 75007 Paris.

Contact: Centre Alfred Binet, 76 avenue Edison, 75013. Tél. 01 40 77 43 40. Fax 01 40 77 43 55.

22 et 23 juin 2001

Paris

Forum international organisé par les *Cahiers de l'Enfance et de l'Adolescence*.

L'enfant; l'adolescent et le monde des images.

Lieu: ASIEM, 6 rue Albert Lapparent, 75007 Paris

Contact: Les Cahiers de l'Enfance et de l'Adolescence, 33 rue de la Chapelle, 75018 Paris.

Tél. 01 42 09 99 18.

Fax 01 40 38 01 08.

Email: s.b.o@wanadoo.fr

◆ 21-22-23 septembre 2001

Château de Kerazan - Pont l'Abbé

Journées bretonnes de psychothérapies d'enfants et d'adolescents, avec le Pr Jeammet. Exposé théorique et discussion de cas cliniques. Journées organisées par le CHU de Brest et le Centre thérapeutique Winnicott, secteur 2 de psychiatrie infanto-juvénile.

Contact: Dr Babault, CMPI, 1-8 rue du Stade, 29000 Quimper. Tél. 02 98 98 66 75.

28, 29 et 30 septembre 2001

Caen

Congrès international, organisé par la Fédération Européenne de Psychothérapie Psychanalytique (EFPP).

L'enfant et l'adolescent psychotiques et leur famille.

Lieu: Palais des Congrès.

Contact: BCA, 6 boulevard du Général Leclerc, 92115 Clichy Cedex. Tél. 01 41 06 67 70. Fax 01 41 06 67 79.

Email b-c-a@worldnet.fr.

CYCLE

Paris

ASM 13.

L'autisme infantile: recherches, modèles, cliniques.

4^e lundi de chaque mois à 21h.

Lieu: 76 av. Edison, 75013 Paris.

Contact: ASM 13,

Tél: 01 40 77 43 18.

Fax 01 40 77 43 55.

CYCLE 2000-2001

Paris

Séminaire du Bachelier.

Le transfert adolescent.

Les mercredis à 21h.

21 mars 2001-4 avril 2001-16 mai 2001.

Lieu: Amphithéâtre de l'Institut de Théologie Protestante, 83 boulevard Arago, 75014 Paris.

Contact: Le Bachelier, Institut de Psychanalyse de l'Adolescence, 12 rue Caroline, 75017 Paris. Tél. 01 42 94 83 48.

CYCLE 2000-2001

Paris

Séminaire sur les troubles des conduites alimentaires, organisé par Philippe Jeammet et ses collaborateurs à l'Institut mutualiste de Montsouris.

6 mars 2001: Aspects familiaux des troubles des conduites alimentaires. Dr I. Kaganski, Dr N. Godart.

3 avril 2001: Groupe d'anorexie et de boulimie. Dr B. Richard, E. Birot.

15 mai 2001: Les enfants de mères anorexiques.

Dr N. Guedeney.

Troubles du comportement alimentaire chez l'enfant.

Dr D. Bochereau.

5 juin 2001: Présentation clinique avec enregistrement vidéo et clôture du séminaire.

Pr Ph. Jeammet.

Lieu: Institut mutualiste de Montsouris, bâtiment de psychiatrie, 1^{er} étage, 42 boulevard Jourdan, 75014.

Contact: Madame C. Corlier.

Tél. 01 56 61 69 23.

Fax 01 56 61 69 24.

Email: claudc.corlier@imm.fr.

www.imm.fr

CYCLE

Paris

Formation de psychothérapeutes d'enfants et d'adolescents,

organisée par l'Association pour la Formation à la Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent (AFPPEA). F. Jardin, C. Athanassiou-Popesco, A. Aubert, F. Marty.

Contact: Secrétariat administratif, J. Meier, 19 boulevard Saint-Martin, 75003 Paris. Tél. 01 48 87 57 52.

psychiatrie de l'adulte

15 et 16 mars 2001

La Baule

Congrès organisé par l'association « Addictions: Prévention, Formation, Recherche », le CHU, l'hôpital Saint-Jacques, le SHUPPM.

Conduites addictives. Conduites à risques. Quels liens, quelle prévention?

Lieu: Centre Atlantia, av. de Lattre de Tassigny, BP 230, 44505, La Baule, cedex.

Contact: Delphine Huet.

Tél. 02 40 84 63 97.

Fax 02 40 84 64 09. Email addictions.congres@online.fr

10 et 11 mai 2001

Paris

Colloque organisé par le service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne.

Lien familial, lien social. Lier, délier, relier.

Lieu: Casino de Hyères

Contact: Service de psychiatrie du professeur Delage, Hôpital d'Instruction des Armées, 83800 Toulon Naval.

Tél. 04 94 09 92 10.

Fax 04 94 09 91 43.

agenda France

18 et 19 mai 2001*Marseille*

XII^e Colloque psychiatrique de Marseille.

Langage et psychopathologie. Approche multidisciplinaire.

Lieu : Amphithéâtre HA1. Centre Hospitalier Timone.
Contact : Mme Rolando (jeudi de 10h à 18h), service du Pr Giudicelli, Clinique de psychiatrie, CHU Timone, 13385 Marseille Cedex 5. Tél. 04 91 38 75 14.
Fax 04 91 38 47 22.

◆ 15-16 juin 2001*Paris*

Journées nationales de l'Asiem.

Corps et psychiatrie. Président d'honneur: Pr Allilaire.

Lieu: Asiem, 6 rue Albert de Lapparent, 75007 Paris.

Contact: SB Organisation, Corps et psychiatrie, 33 rue de la Chapelle, 75018 Paris. Tél. 01 42 09 99 18 ou 01 42 09 68 42.

Fax: 01 40 30 01 08.

Email: s.b.o@wanadoo.fr.

CYCLE 2000-2001*Paris*

Séminaire de psycho-gériatrie.

7 mars 2001: Les personnes âgées à domicile et en foyer logement.**14 mars 2001: Réussir son avance en âge malgré les épreuves de la vie.****21 mars 2001: Evaluation nord-américaine des personnes âgées déprimées et éléments de base d'une aide relationnelle simple à l'usage des soignants.****28 mars 2001: Mieux prescrire les psychotropes chez les personnes âgées.****4 avril 2001: Syndrome de glissement chez la personne âgée.****25 avril 2001: Maladies démentielles. L'importance de l'enfance.****2 mai 2001: Les auxiliaires de vie « garde malades » et les personnes âgées.****9 mai 2001: Psychothérapies et personnes âgées.****16 mai 2001: L'empathie revisitée.**

Lieu: Amphithéâtre P. Deniker, Service du Pr Loo, Hôpital Sainte-Anne, 7 rue Cabanis.

Contact: Mme Gaubert, service du Pr F. Rouillon, Hôpital A. Chenevier, 94010 Créteil. Tél. 01 49 81 30 51.

CYCLE 2000-2001*Paris*

Conférences de Sainte-Anne par les psychiatres psychanalystes

membres de la SPP. 4^e lundi du mois à 21h (entrée libre).

Clinique psychiatrique et psychanalyse.**26 mars 2001: L'agir, la psychose et la gestion groupale.** Pierre Dubor.**28 mai 2001: Psychanalyse et prescriptions médicamenteuses s'inspirent-elles en tous points d'une pensée radicalement différente?** Augustin Jeanneau, Vassilis Kapsambelis, Geneviève Welsch.**25 juin 2001: Adolescence-Cité. Partenariat et réseau.** René Bérouti.

Lieu: Amphithéâtre, centre Raymond Garcin, 1 rue Cabanis.
Contact: SPP Tél. 01 43 29 66 70.

CYCLE 2000-2001*Paris*

Séminaire de psychiatrie biologique, organisé dans le cadre du DES de psychiatrie, sous la direction de H. Loo, A. Gérard, J.P. Olié (jeudi à 14h).

Troubles du comportement 1er mars 2001: Troubles des conduites sociales. A. Gut.**8 mars 2001: Les phobies sociales.** C. André.**15 mars 2001: Les rituels comportementaux.** B. Millet.**22 mars 2001: Troubles comportementaux et épilepsie.** C. Digé

Lieu: Salle Pierre Deniker, Hôpital Sainte-Anne, 7 rue Cabanis.
Contact: Tél. 01 45 65 81 56.

psychologie**◆ 2 mars 2001***Paris*

1^{re} journée sur la **maltraitance**, organisée par le Comité de protection de l'Enfant et de l'Adolescent à Risques (CPEAR) de l'Hôpital Armand Trousseau, 75012. Entrée libre.
Contact: Marlène Dreyfus, Fax 01 44 73 62 28.

◆ 8-9-10 mars 2001*Paris*

Colloque international organisé par le Centre International de Recherche, Formation et Intervention Psychosociologiques (CIRFIP).
Actualité de la recherche-action.
Contact: Mme Claude Dupuy, 23 rue Jules Michelet, apt 168, 92700 Colombes. Tél. ou fax: 01 47 85 02 80.
Email: cirfip.cd@wanadoo.fr
Lieu: ESCP, 79 avenue de la République, 75011 Paris.

18 mars 2001*Mortefontaine*

Journée d'études médico-psychologiques, organisée par la Société Française de Psychologie Individuelle.

La maltraitance: logique et prévention.

Contact: Dr Debock, tél. 03 44 57 16 31.

23-24 mars 2001*Paris***Etats généraux de la psychologie,** sous le patronage de Monsieur Lang, et de Madame Gillot. **Etat des lieux, déontologie, prospective.**

Lieu: Mutualité, 24 rue Saint Victor, 75250 Paris cedex 05.

Contact: Secrétariat du colloque AFPS-EGP, 9 allée Brahms, 91410 Dourdan.
Tél./fax 01 64 59 94 46.

25-29 juillet 2001*Dinan*

24^e Colloque international de Psychologie Scolaire et de l'Éducation. **Psychologie et Éducation pour le 21^e siècle.**

Contact: J.-C. Guillemard, Tél./Fax 01 64 59 94 46.
Email collispa2001@wanadoo.fr.

◆ 31 mars 2001*Tourcoing*

2^e colloque de l'Association lilloise pour l'étude de la psychanalyse et de son histoire (Aleph).

Premières amours.

Lieu: Musée des Beaux-Arts, 2 rue P. Doumer, Tourcoing.
Contact: Franz Kaltenbeck. Tél. 03 20 31 98 51.

◆ CYCLE 2001*Paris*

Séminaire de formation théorique en psychologie adlerienne.

La psychologie adlerienne.**31 mars 2001: Pour une clinique du "comme si", la fiction directrice****- Hermaphrodisme psychique, protestation virile, besoin de domination, dispositif de sécurité - La valeur du symptôme.****5 mai 2001: Guérir et former - La constellation familiale dans le développement de la personnalité de l'enfant.**

Contact: Bernard Paulmier, 9 rue Jean Coquelin, 93100 Montreuil. Tél. 01 48 94 13 29 ou 03 25 81 34 97.

Poitou-Charente

Séminaire de formation théorique en psychologie adlerienne.

La psychologie adlerienne.

Tous les vendredis, 20h30.

Lieu: Chez Maurin, 16290 Moulidars

Contact: Georges Mornin, Tél. 05 45 96 43 88.

psychanalyse**3-4 mars 2001***Paris*

Week-end de travail avec Donald Meltzer, organisé par le Groupe d'Etudes et de Recherche Psychanalytiques pour le Développement de l'Enfant et du Nourrisson (Gerpen).

Contact: Gerpen, secrétariat, 38 avenue Ardouin, 94420 Le Plessis Trevisse.
Tél./fax 01 45 94 16 30.

10-11 mars 2001*Lyon*

Séminaire organisé par le Centre Thomas More. **La tâche psychique,** par Nathalie Zaltzman.

Contact: Centre Thomas More, La Tourette, Eveux, BP 105, 69210 L'Arbresle. Tél. 04 74 26 79 71. Fax 04 74 26 79 99
thomas.more@couverntlatourette.com.
www.couverntlatourette.com.

17-18 mars 2001*Grenoble*

Colloque de la Société de Psychanalyse Freudienne.

Ferenczi, un analyste au travail.

Contact: Françoise Guillaumard. Tél. 04 76 87 69 66.

23-24-25 mars 2001*Paris*

Week-end de travail organisé par la Société Européenne pour la Psychanalyse de l'Enfant et de l'Adolescent (SEPEA).

23 mars 2001: Psychothérapie de la triade dans un cas d'anorexie néo-natale, de Gérard Szewec.

Discutants: Dominique Arnoux et Eric Valentin.

24 mars 2001: Huit ateliers de travail clinique.**25 mars 2001: La différence des sexes dans le setting analytique avec l'enfant,** Dominique Arnoux et Florence Guignard. Discutants: Monique Courmut-Janin, Rémy Puyuelo.

Expérience analytique personnelle et pratique de la psychothérapie analytique de l'enfant et de l'adolescent exigées.

Lieu: Asiem, 6 rue Albert de Lapparent, 75007 Paris

Contact: SEPEA, square d'Orléans, 80 rue Tailbout, 75442 Paris cedex 09. Tél./fax 01 44 63 00 22.

24 mars 2001*Paris*

Débat autour d'un livre organisé par le 4^e groupe. **Michael Balint. Le renouveau de l'Ecole de Budapest,** Toulouse, Erès 2000.

Michelle Moreau Ricaud.

Lieu: Association Reille, 34 avenue Reille, 75013 Paris.

Contact: Tél. 01 55 04 75 27.

Email: quatrieme-groupe@wanadoo.fr.

24 et 25 mars 2001*Dijon*

Colloque organisé par le Cercle freudien. **Le symptôme et la spécificité de la psychanalyse.**

Contact: Tél. 01 43 21 48 46 et 03 80 56 39 34.

www.cercle.freudien.free.fr

21-22 avril 2001*Lyon*

Séminaire organisé par le centre Thomas More. **Le masculin et le féminin,** par Paul-Laurent Assoun.
Contact: Centre Thomas More, La Tourette, Eveux, BP 105, 69210 L'Arbresle. Tél. 04 74 26 79 71. Fax 04 74 26 79 99

Déjà un succès, surtout un événement
sous le haut patronage de Jack Lang, Ministre de l'éducation
nationale et de Dominique Gillot, Secrétaire d'état
à la santé et aux handicapés

**Iers ETATS GENERAUX
DE LA
PSYCHOLOGIE
23-24 MARS 2001
MUTUALITE - PARIS**

*Jamais le discours psychologique n'a été aussi présent
dans la société, mais paradoxalement, jamais l'avenir
de la psychologie n'a été aussi incertain. Le respect de la
dimension psychologique doit devenir un droit.*

*Praticiens, enseignants, chercheurs en
débatront dans 14 ateliers et 2 séances plénières.*

Renseignements et inscriptions

AFPS - EGP, 9 allée Brahms, 91410 Dourdan.

Tél., rép., fax 01 64 59 94 46

(formation continue possible)

Individuels, étudiants, chômeurs :

tarifs étudiés à partir de 3 inscriptions individuelles groupées

XXVIII^e JOURNÉE SCIENTIFIQUE
MICHEL SOULÉ, BERNARD GOLSE, MARCEL RUFO, ANTOINE GUEDENEY

Paris - samedi 17 mars 2001- 9h-18h

Maison de la Chimie de Paris
28 rue Saint-Dominique - 75007 Paris

**Un siècle devant soi ou
la psychiatrie infantile
est-elle prédictive ?**

Michel Soulé	<i>Les préventions contre la prévention</i>
Bertrand Cramer	<i>L'avenir des enfants qui ont consulté comme bébés</i>
Georges David	<i>Médecine et précaution - à tous les coups l'on perd</i>
Antoine Guedeney	<i>"Zero to three, four,...five et ...Devenir" dit-il</i>
Philippe Jeammet	<i>Peut-on prévoir le suicide d'un adolescent ?</i>
Hugues de Jouvenel	<i>La présomption et la prédiction</i>
Yvonne Kniebielher	<i>Les haruspices, prophètes et sorcières</i>
Sylvain Missonnier	<i>Psychiatrie infantile et Internet</i>
Arnold Munnich	<i>L'inexorable et l'évitable</i>
Rémy Puyuelo	<i>L'avenir de l'enfant dans l'esprit du thérapeute, l'avenir du thérapeute dans l'esprit de l'enfant</i>
Marcel Rufo	<i>Aujourd'hui peut-être ou alors demain</i>
Jean-Marie Saudubray	<i>Les troubles du comportement des maladies métaboliques sont-ils définitifs ?</i>
Bernard Golse	<i>L'avenir des souvenirs, le devin n'est pas toujours prévenant</i>

Renseignements - Programme - Inscriptions :

Association PHYMENTIN COPEs

20 rue de Dantzig, 75015 Paris.

Secrétariat : Marie-Régine - Tél. : 01 53 68 93 43

Fax : 01 53 68 93 45 Email : js2001@ifrance.com

61^E CONGRÈS DES PSYCHANALYSTES DE LANGUE FRANÇAISE

Organisé par la Société Psychanalytique de Paris
et l'Association Psychanalytique de France
Avec la participation des Associations Psychanalytiques d'Italie et de
Madrid, des Sociétés de Psychanalyse Belge, Canadienne, Espagnole,
Hellénique, Italienne, Portugaise et Suisse

PARIS (CNIT La Défense)

24-27 MAI 2001

LA FIGURABILITE

Laurence Kahn, *L'action de la forme*

César et Sàra Botella, *Figurabilité et régrédience*

DISCUTANTS ET PARTICIPANTS

Marilia Aisenstein, André Beetschen, Thierry Bokanowski,
Nicole Carels, Catherine Chabert, Anne Couplan-Gérard,
Laurent Danon-Boileau, Jean-François Daubech, Rosine Debray,
Marie-France Dispaux, Antonino Ferro, Alain Fine, Blandine Foliot,
Muriel Gagnebin, Christian Gérard, Jacqueline Godfrind-Haber,
Edmundo Gomez-Mango, André Green, Jean-Michel Hirt, Claude Janin,
Augustin Jeanneau, François Ladame, Patrick Mérot, Michel Neyraut,
Roger Perron, Fausto Petrella, Dominique Scarfone, Elsa Schmid-Kitsikis,
Evelyne Séchaud, Isabel Usobiaga, Daniel Widlöcher

*Sont membres du Congrès, après règlement des frais, les membres
de l'Association Psychanalytique Internationale (API), les analystes en formation
et les anciens analystes en formation des Instituts enregistrés à l'API ainsi que
certains auditeurs parrainés par des membres de l'API
(dans la limite des places disponibles).*

RENSEIGNEMENTS

Société Psychanalytique de Paris
187, rue Saint-Jacques, 75005 Paris.

CYBERSCOPIE www.carnetpsy.com/Cyberscopie/



Avec votre **connexion Internet** et votre **matériel habituels**,
découvrez un livre pertinent en santé mentale

à travers une double **rencontre** de son **auteur** :

- une **interview** vidéo **en ligne**
- un **échange direct**, lors d'une soirée débat (**Chat**).

PROCHAINE CYBERSCOPIE

MICHÈLE MONJAUZE

La problématique alcoolique

Paris, In Press, 2000

Vidéo en ligne le 12 mars

CHAT LE 27 MARS 2001

agenda international

◆ 7 au 9 mars 2001

Rotterdam

Conférence européenne de l'Association Néerlandaise de Santé Mentale. **Un dialogue européen à propos de la santé mentale.****Contact :** Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, ECMH 2001 conference secretariat, Mr Steven Aarts, PO Box 725, NL, 3500 AS Utrecht. Tél. 00 31 30 297 11 18. Fax 00 31 30 297 11 11. Email saarts@ecmh2001.org.

◆ 1-5 avril 2001

kyoto, Japon

9th International catecholamine symposium (includes sessions on drug abuse and alcoholism)**Contact :** c/o Dr Toshitaka Nabeshima, Dept. of Neuropsychopharmacology and Hospital Pharmacy, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Aichi 46-8560, Japan. Tél. 00 81 52 744 2674. Fax 00 81 2 744 2682. Email ICS2001@med.nagoya-u.ac.jp

◆ 21 et 22 avril 2001

New-York

Second International Neuro-Psychoanalysis Conference.

Neuroscientific and psychoanalytic perspectives on memory.**Lieu :** New-York, Academy of Medicine.**Contact :** Paula Barkay, The Anna Freud Centre, 21 Maresfield Gardens, London NW3 5SD, England.

Tél. (00 44) 20 7 794 2313.

Fax (00 44) 20 7 794 6506.

Email

annafreudcentre@compuserve.com

◆ 22 au 27 avril 2001

Beyrouth

Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

**- Rapport de psychiatrie : Les troubles psychiques de la gravidité-
puerpéralité et de la périnatalité.****- Rapport de neurologie : Epilepsie et psychose****- Rapport de thérapeutique : 1951-2001 ou 50 ans d'histoire, des neuroleptiques aux antipsychotiques. Bilan, enjeux, perspectives.****Contact :** Dr Joël Burgonse, CHS de la Savoie, BP 1126, 73011 Chambéry Cedex.

Tél. 04 79 60 30 36.

Fax 04 79 60 31 88.

31 mai-2 juin 2001

Lisbonne

Après Venise et Séville, 3^e Congrès Européen de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent.

Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA)

Avatars de la parentalité et psychopathologie.**Contact :** Pr P. Ferrari.

Tél. 01 41 24 81 76.

Fax 01 41 24 81 10.

◆ 23-28 juin 2001

Montréal, Canada

Research Society on Alcoholism : annual meeting.

Contact : Debra Sharp, 4314

Medical Parkway, Suite 12, Austin, TX 70756, USA.

Tél./Fax 00 1 512 454 0022.

1-6 juillet 2001

Berlin (Germany)

7th World Congress of Biological Psychiatric. World Federation of Societies of Biological Psychiatry.**Gateway to Biological Psychiatry in the next Millennium.****Contact :** 7th WCBP 2001, CPO Hanser service GmbH,

Schaumburgallee 12, D-14052 Berlin.

Tél. 49 30 300 669 0.

Fax 49 30 305 73 91.

Email : berlin@cpo-hanser.de.

www.biol-psihiat-berlin.de.

11-12-13-14 octobre 2001

Montevideo

3^e Encuentro Internacional y 13^o Congreso Latino-americano de Flapia (Isap, lacapap, Waimh, Flapia).**Integracion en la Diversidad: La Salud Mental de Infantes, Niños, Adolescentes y sus Familias en el siglo XXI.****Contact :** Secretaria « Personas », av. 8 de Octubre 2323 Of. 305. Tél. (598 2) 408 1015. Fax (598 2) 408 2951. Email : personas@cs.com.uy.

◆ 7-10 novembre 2001

Barcelone, Espagne

6^e Congrès mondial de l'association internationale des urgences psychiatriques.**La psychiatrie d'urgence aujourd'hui, à la rencontre des vrais patients et de leurs besoins.****Contact :** Dr Xavier Bouzas, Institut d'Assistencia Sanitaria. Dr Castany s/n, 17190 Salt (Girona), Catalogne, Espagne. Tél. 00 34 972 182506.

Fax 00 34 972 182575.

Email dmxxm@ias.scs.es

◆ 29 octobre-2 novembre 2002

New Delhi, India

15^e Congrès international de l'Association internationale de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des professions associées (IACAPAP).**Contact :** Dr Savita Malhotra, MD,

Ph. D., Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry,

Postgraduate Institute of Medical Education and Research,

Chandigarh 160012.

Office tel : +91 172 747585.

Fax + 91 172 744401.

Email savita@ch1.dot.net.in

Site Internet www.childindia.org.

Les dossiers

HOMMAGE A SERGE LBOVICI n°58

coordonné par Marianne Rabain-Lebovici et Bernard Golse

Avec la participation de : R. Angelergues, A. Barriguete, M. Botbol, A. Braconnier, M. Bydlowski, C. Chiland, F. Coblence, J. Cohen Solal, P. Cornillot, B. Cramer, D. Cupa, R. Cremieux, P. Denis, A. Fréjaville, M. Frischmann, M. Gabel, B. Golse, A. Guedeney, P. Jeammet, M. Lamour, O. Lanselle, J. McDougall, M. Maury, A. de Mijolla, R. Misès, T. Nathan, J.-F. Rabain, C. Reveillere, M. Rufo, M. Soulé, J.-P. Visier, F. Weil-Halpern, D. Widlöcher

HOMMAGE A DIDIER ANZIEU n°51

coordonné par Christine Anzieu et Dominique Cupa

R. Kaës, J.-M. Petot, J. Guillaumin, D. Widlöcher, A. Green, J. Laplanche, C. Chabert, A. Misenard, S. Decobert, A. Sirota, B. Gibello, E. Schmid-Kitsikis, B. Golse, S. Tisseron, E. Gomez-Mango, E. Adda, A.-M. Sandler, P.-A. Michel

L'ATTACHEMENT n°48

coordonné par Blaise Pierrehumbert

S. Lebovici, B. Golse, Ph. Jeammet, H. Montagner, O. Halfon, J.-P. Lecanuet, M. Lamour, J. Le Camus, R. Miljkovitch, N. Guedeney, M. Morales-Huet, C. Rabouam, C. Zaouche-Gaudron, G. Balleyguier, F. Frascarolo, N. Favez



Les entretiens

ENTRETIEN AVEC DANIEL WIDLOCHER n°54

par Alain Braconnier

ENTRETIEN AVEC ANDRÉ GREEN n°49

par Alain Braconnier

ENTRETIEN AVEC PIERRE FEDIDA n°42

par Alain Braconnier

ENTRETIEN AVEC DANIELE BRUN n°40

par Sylvie Gosme-Séguret

☐ Je souhaite recevoir le(s) numéro(s) suivant(s) :

N° :

Ci-joint mon chèque de 35 F xexemplaire(s), soit :F

A compléter et à retourner, sous enveloppe affranchie, accompagné de votre règlement à l'ordre de :

Carnet PSY

8 bis, avenue Jean-Baptiste Clément - 92100 Boulogne

psychiatrie

Clément Philippe

La forteresse psychiatrique
Paris, Aubier, 109 F.

Golse Bernard, Gosme-Séguret Sylvie, Mokhtari Mostafa, Bloch Martine (coll.)

Bébés en réanimation. naître et renaître
Paris, Odile Jacob, 140 F.

David Myriam

Le bébé, ses parents, leurs soignants
Ramonville Saint-Agne, Erès, 75 F.

Flessas Janine, Lussier Francine

Neuropsychologie de l'enfant. Troubles développementaux et de l'apprentissage
Paris, Dunod, 258 F.

Hardy-Baylé Marie-Christine

Psychiatrie
Rueil Malmaison, Doin, 195 F.

Psychiatrie française, 3

Toc, toc, cent ans d'obsession
Paris, Psychiatrie française, 135 F.

Spirale, 17

En Serge Lebovici, le bébé
Ramonville Saint-Agne, Erès, 65 F.

psychologie

Cahiers de psychologie analytique, 10

Mères et filles
Genève, Georg, 115 F.

Coq-Héron (Le), 163

Après la Shoah. Identités et appartenance
Dammarie-les-Lys, Coq-Héron, 70 F.

Cyruinik Boris

Les vilains petits canards
Paris, Odile Jacob, 135 F.

Delassus Jean-Marie

Devenir mère. La naissance d'un amour
Paris, Dunod, 129 F.

Desmarais Camille

Les lendemains qui mentent. Peut-on civiliser le management?
Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 95 F.

Dialogue, 150

Nouveaux couples, nouvelles familles? Evolutions sociales et invariants psychiques
Toulouse, Erès, 97 F.

L'autre. Cliniques, cultures et sociétés, 2

la vie comme un récit
Grenoble, La pensée sauvage, 150 F.

Lazare Jane

Misères et splendeur de la maternité
La Tour d'Aigues, Edition de l'Aube, 120 F.

Landry-Mattee Nicole, Delaigue-Cosset Marie-France

Hôpital silence. Maladies et secrets de famille
Puteaux, Calmann-Lévy, 85 F.

Miller Lisa, Steiner Deborah, Reid Susan

Comprendre votre enfant de la naissance à 3 ans
Paris, Albin Michel, 89 F.

Miller Lisa, Steiner Deborah, Reid Susan

Comprendre votre enfant de 3 ans à 6 ans
Paris, Albin Michel, 89 F.

Prieur Nicole

L'aventure parentale. Petit guide pratique à l'usage des parents qui se posent des questions
Paris, Syros, 98 F.

Virel André

Les univers de l'imaginaire
Daillancourt, Editions de l'Arbre vert, 180 F.

Weil-Barais Annick (dir.), Cupa Dominique (dir.)

100 fiches pour connaître la psychologie
Rosny, Bréal, 149 F.

psychanalyse psychothérapie

Arnoux Danielle

Camille Claudel, l'ironique sacrifice
Paris, Epel, 195 F.

Allilaire Jean-François, Guedeney Antoine

Interventions psychologiques en périnatalité
Paris, Masson, 185 F.

Bakan David

Freud et la tradition juive
Paris, Payot, 72 F.

Barry Aboubacar

Le corps, la mort et l'esprit du lignage. L'ancêtre et le sorcier en clinique africaine
Paris, L'Harmattan, 150 F.

Bourdin Dominique

La psychanalyse de Freud à aujourd'hui. Histoire, concepts, pratiques
Rosny, Bréal, 98 F.

Brun Danièle (dir.), Zittoun Robert (dir.)

Psychanalyse et fins de vie.
Paris, Editions Etudes freudiennes, 130 F.

Brun Danièle (dir.)

4^e colloque de pédiatrie et psychanalyse. Techniques médicales et fantômes. Au nom d'un projet d'enfant parfait.
Paris, Editions Etudes freudiennes, 140 F.

Charpentier Gérard

Les maladies et leurs émotions
Mortefontaine en Thelles, Mortagne, 119 F.

Dell'Aniello Marie, Deslauriers Gilles

Rencontre entre un thérapeute et une famille en deuil. La mort d'Yves
Paris, L'Harmattan, 90 F.

Fédida Pierre

Les bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie
Paris, Odile Jacob, 145 F.

Franz Marie-Louise von

L'individuation dans les contes de fée
Paris, La fontaine de Pierre, 130 F.

Freud Sigmund

Le président Schreber. Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (2^e éd.)
Paris, Puf, 49 F.

Jung C.G.

Psychogenèse des maladies mentales
Paris, Albin Michel, 180 F.

Kaës René, Ruiz Correa O., Douville O. et al.

Différence culturelle et souffrances de l'identité (2^e éd.)
Paris, Dunod, 160 F.

Kremer-Marietti

La symbolicit   ou Le problème de la symbolisation
Paris, L'Harmattan, 130 F.

Lacan Jacques

Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse, 1954-1955
Paris, Seuil, 55 F.

Lavendhomme René

Lieux du sujet
Paris, Seuil 165 F.

Lemaire Jean-Georges

Les mots du couple. Psychothérapies psychanalytiques en couple
Paris, Payot, 64 F.

Melman Charles

Les structures lacaniennes des psychoses. Séminaire 1983-1984 (2^e   d.)
Puteaux, Association freudienne, 180 F.

Moscovitz Jean-Jacques

Hypothèse amour
Paris, Calmann-Lévy, 120 F.

Nathan Tobie et coll.

L'enfant ancêtre
Grenoble, La pensée sauvage, 150 F.

Quentel Jean-Claude

Le parent. Responsabilité et culpabilité en question
Bruxelles, De Boeck, 160 F.

Revue psychanalyse et enfance du Centre Alfred Binet (La), 28

Langages du très jeune enfant
Puteaux, Editions du Monde interne, 160 F.

Revue psychanalyse et enfance du Centre Alfred Binet (La), 29

Comment parlons-nous aux enfants
Puteaux, Editions du Monde interne, 160 F.

Richaud Renée-Laetitia

Une ma  t  que du sujet pensant ou L'art, l'adolescent et son thérapeute. Approche clinique
Paris, L'Harmattan, 160 F.

Safarti Vanessa, Meunier Alain

Je m'aime, donc je vis. C'est quoi l'anorexie ?
Paris, Payot 85 F.

Simonelli Thierry

Lacan. La théorie
Paris, Les Editions du Cerf, 190 F.

Widlöcher Daniel (dir.), Colomb E., F  dida Pierre et al.

Sexualité infantile et attachement
Paris, Puf, 120 F.

parutions du mois

bloc-notes

L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique

Pierre Delion

Collection Le fil rouge, PUF, 2000

L'édition francophone en santé mentale est pléthorique. Face à cette multitude, il est difficile d'extraire la substantifique moelle. Et dans une librairie où l'on évalue les nouvelles parutions rapidement, le risque de passer à côté est grand.

Prenons l'exemple de *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique*. L'ouvrage est écrit par un chef de service en pédopsychiatrie qui dépense sans compter pour les enfants autistes et psychotiques à Angers. Très bien, mais quoi de neuf ? Le coup de la sémiotique en titre ? On vous l'a déjà fait : la formulation cache sans doute un synonyme pompeux de signe et symbole. De toute façon, l'autisme depuis Kanner, vous connaissez la musique ! Vous êtes -bien sûr- revenus des poussiéreuses querelles étiologiques à ce sujet. Le plurifactoriel étiologique est votre credo et le complémentarisme épistémologique votre étendard. Esprit ouvert, vous appelez de vos vœux des débats mobilisant, autour d'une table, organicistes, cognitivistes et psychanalystes. Vous maniez la théorie de l'esprit avec une *maestria* qui n'a d'égal que votre dette à l'égard des travaux post-kleinien. Quand vous affirmez que la pédopsychiatrie hexagonale a trop longtemps culpabilisé et tenu à distance les parents d'enfant autistes, vous êtes sincères.

Bref, vous êtes un clinicien politiquement correct en matière d'autisme mais vous êtes, surtout, en passe de commettre une grave erreur en reposant ce livre avec un lascif « Bof ! Un livre de plus sur l'autisme... ». Vous pensez ainsi échapper à une croisière ennuyeuse. Vous manquez un rafraîchissant et inattendu *brainstorming* sémiotique qui porte en germe une petite révolution sur la planète « Autisme » dont peuvent bénéficier tous les cliniciens. Mais attention, pour être heuristique, le contre-pied n'est pas toujours confortable pour le lecteur casanier. Il nécessite des efforts adaptatifs conséquents et le labeur de ces réaménagements scientifiques prometteurs s'accompagne souvent chez lui de ruades et de mouvements d'humeur.

L'allure est encore assez coutumière avec le chapitre de présentation sur l'autisme. La spécificité du paysage psychopathologique

tient toutefois ici à un postulat cher à Delion : la prise en compte de l'institutionnel « non pas comme un artefact nécessaire, mais comme un élément fondamental du dispositif des soins ». Ce souci intra-institutionnel s'accompagne d'une politique de réseau qui donne toute sa pertinence au dépistage précoce angevin de l'autisme.

Le rythme devient plus soutenu avec la mise en perspective de l'enfant autiste et du bébé des interactions précoces. « Dans la mesure où les signes que nous adresse l'enfant autiste sont souvent énigmatiques, ils peuvent être utilement éclairés par l'étude du processus de sémiotisation *in statu nascendi* chez le bébé ». Mais le périple prend un virage résolument plus « décoiffant » avec le troisième chapitre introduisant la sémiotique de Peirce. Celle-ci sera désormais, jusqu'à la fin de l'ouvrage, l'épicentre de l'analyse des signes émis par le bébé, puis de ses avatars chez l'enfant autiste.

La sémiotique de Peirce colle à la peau et à la clinique de Delion depuis sa rencontre avec son maître, J. Oury. Dans son entourage, il découvre M. Balat. Cet autre peircien s'intéresse aux éveils de coma. Delion sera sensible à la convergence clinique entre ces patients et les enfants autistes, des sujets, « en délicatesse » avec le langage et, ainsi, amenés à esquisser des signes ésotériques dans l'intention de communiquer avec un autre. Mobilisé par ce dénominateur commun, Delion va se plonger dans les arcanes de la pensée de Peirce et faire sien ses complexes outils conceptuels en nous les explicitant avec une grande élégance didactique.

C'est parce qu'elle est dédiée à la méthode de production et d'analyse logique des inférences inhérentes à tout signe que cette sémiotique mérite toute l'attention du clinicien. Cela sera particulièrement vrai pour celui qui se penchera sur les icônes énigmatiques de l'enfant autiste qui se situent en deçà d'un langage articulé dans une parole.

La sémiotique a trois espaces-cibles : l'émetteur de signes (« l'objet »), l'effet psychique créé chez celui qui les reçoit (« l'interprétant ») et les signes échangés (« le *representamen* »). En d'autres termes, l'analyse peircienne d'un signe décompose l'inférence inhérente à la sémiose en trois temps de représentation, d'interprétation et d'attribution. Ce triptyque enrichit notablement l'analyse des désormais classiques interactions issues de la théorie générale des systèmes. Pour le bébé et

bloc-notes

l'autiste, l'originalité de ce schéma est de mettre en exergue leur absence d'autonomie sémiotique et d'en proposer une logique développementale : ils ne sont pas (encore) auteur-compositeur du lien qu'effectue l'interprétant mature entre objet et *représentamen*. Ce triadisme se conjugue dans trois catégories peirciennes fondamentales, la « priméité » (le vécu non réfléchi, ni même senti comme vécu), la « secondéité » (l'action à l'état brut) et la « tiércéité » (la pensée médiatrice). Selon Delion, la priméité recouvre le champ des interactions affectives ; en termes d'identifications, la priméité correspond aux identifications adhésives. La secondéité offrant un réceptacle corporel incarnant le fait actuel correspond au domaine des interactions comportementales et des identifications projectives. La tiércéité représente l'effort d'abstraction et d'anticipation fournies, à partir des sensations vécues, dans la priméité et déposées dans la secondéité du corps. Elle ouvre l'espace des interactions fantasmatiques et des identifications symboliques.

À partir de l'entrecroisement de ces trames, le bébé puis l'enfant autiste vont trouver leur place dans ce décors sémiotique. Comme les patients en éveil de coma, les bébés à la naissance et les enfants autistes produisent « des signes dont le sens n'est pas donné avec le signe ». Leur priméité est radicale mais celle des seuls autistes est en danger de le rester.

Avec M. Balat, Delion nomme « museurs » ces émetteurs de signes secrets : ils créent continûment des faits dans l'immédiateté de leur être sans aucune référence inférentielle impliquant l'altérité propre au triptyque peircien de la sémiologie. Dans ce contexte, le « scribe » inscrit les signes et, après-coup, en initie l'interprétation par « l'interprétant ». Parents du bébé ou soignants de l'autiste et du patient en éveil de coma sont tour à tour ces scribes et ces interprétants.

Comme le note avec acuité dans sa postface B. Golse, une des grandes qualités du travail de Delion, c'est de positionner le corps au tout premier plan des problématiques développementales et psychopathologiques. De fait, en remontant à la source corporelle du langage, l'auteur opère une heureuse synergie épistémologique entre la G. Haag des « identifications intracorporelles » et le M. Balat des « tessères » corporelles primordiales. Le corps est ici le parchemin matriciel sur lequel s'inscrivent les fondations de la communication.

De tous les efforts lexicaux auquel nous invite Delion en voulant nous amarrer à la navigation sémiotique, c'est au charme sémantique évidents des fonctions « phorique, sémaphorique et métaphorique » que le lecteur succombera le plus aisément. « Le bébé et l'enfant autiste, objets, vont avoir besoin d'une fonction phorique qui les « localise » sur une scène à partir de laquelle les représentamen vont pouvoir être émis ; mais sans un « dispositif » qui les accueille – fonction sémaphorique –, pas de processus de sémiologie ; une fois portés par les soignants, rien ne dit que du sens peut en émerger ; par contre, sans ce passage, pas de sens. C'est donc le troisième temps logique du soin – fonction métaphorique – qui rend possible l'advenue du sens, son émergence ». Des indications thérapeutiques concrètes du *packing*, de l'atelier patageoire, l'atelier conte et de la psychothérapie individuelle et en groupe découlent de la nature des signes émis par l'enfant et de la fonction correspondante à privilégier. Dans l'institution, la lecture sémiotique partagée démontre ainsi son pragmatisme pour co-penser le cadre et son évolution.

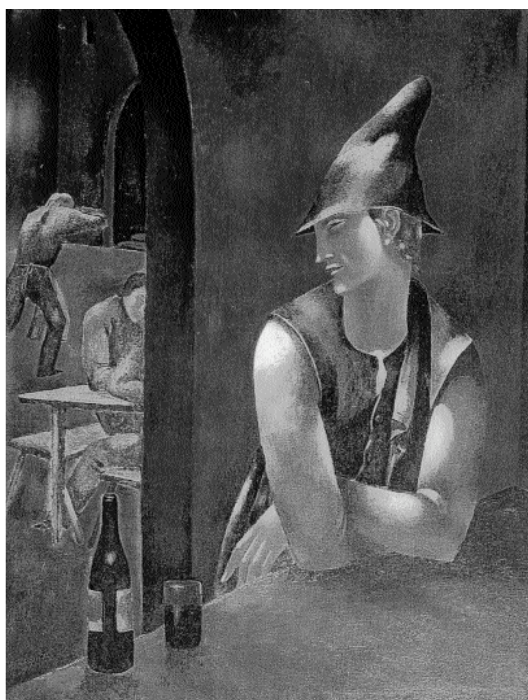
À l'issue de cette expédition sémiotique, convenons-en, on est quelque peu courbaturé. Mais l'effet retard de cet exotisme épistémologique ne manque pas de se manifester chemin faisant : lors d'une synthèse, à l'occasion d'un premier entretien, au décours d'une thérapie parents/bébé, les outils conceptuels du pionnier Delion vous habitent et trouvent utilement leur frayage. Les remarquables illustrations cliniques, qui truffent le livre en donnant vie à ces concepts ardu, ne sont d'ailleurs pas étrangères à cette féconde empreinte.

À la question posée en ouverture par Delion : « Pourquoi la sémiotique ? », le lecteur fourbu mais revigoré répondra *in fine* : pour mieux relever le défi d'héberger, de porter et de donner sens aux signes archaïques de souffrances du bébé, de l'enfant autiste et du nourrisson dans l'adulte. Mais au fond, de vous à moi en toute priméité, en refermant ce livre, il aura surtout envie de dire à l'organiste Delion « Encore » comme on invite un soliste, par ses applaudissements, à rejouer. Pourquoi ? Parce que le clinicien découvrant la sémiotique tout comme le bébé engagé dans la sémiologie adorent l'humanisant vertige de l'interprète... virtuose.

Sylvain Missonnier

ACTUALITÉS DE L'ALCOOLISME

dossier coordonné par Michèle Monjauze



LA PLACE DE L'ALCOOLISME PARMI LES ADDICTIONS

Pr Jean Adès

Le mot « addiction » est à la mode, et son usage se répand en France sans qu'un accord total ne soit réalisé sur sa signification. Qu'entend-on précisément par addiction ? Que faut-il penser de l'usage du mot « alcoolisme », et quelle est la place de l'addiction à l'alcool au sein du vaste groupe des comportements addictifs ? Telles sont les questions auxquelles, en quelques phrases, nous souhaiterions apporter des éléments de réponse.

Qu'est-ce qu'une addiction ?

Ce vieux terme juridique français, signifiant la contrainte par corps, longtemps oublié, nous revient après un long détour par la médecine anglo-saxonne. Aucune définition consensuelle n'en existe. Celle qui fait référence est due à un psychiatre nord-américain, Aviel Goodman : l'addiction est une conduite pathologique caractérisée par l'impossibilité de ne pas consommer une substance psycho-active (la perte de la liberté de s'abstenir, par exemple, de consommer de l'alcool, disait

jadis Pierre Fouquet) et la poursuite de cette consommation malgré ses conséquences négatives. Quelle différence donc avec la dépendance ? Aucune, puisque l'addiction fait référence au piège de l'assuétude, au besoin substitué au désir et au plaisir, à l'incapacité pour un sujet de moduler sa consommation ou de revenir, sans aide, à une consommation modérée et socialement intégrée ? Pourquoi, dès lors, parler d'addiction plutôt que de dépendance ? Effet de mode, illusion de renouveler les concepts, quand on ne change que les mots.

Cette opinion n'est pas partagée par tous : la dépendance, écrivent certains, est une notion plus restrictive et plus étroite, impliquant notamment des modifications de la tolérance, la présence de symptômes de sevrage, et donc un syndrome plus biologique. Erreur, si l'on se réfère, par exemple, aux classifications internationales. Pour le DSM IV (comme pour la CIM 10), la dépendance est un état composite et complexe, que sa seule dimension psychologique et comportementale peut suffire à définir. L'addiction, soutiennent d'autres, explore l'ensemble des comportements de consommation d'une substance, son usage « à risque », son « usage nocif » et la dépendance elle-même. Cette position relève d'une pétition de principe qu'aucun argument ne justifie. L'addiction, au sens étymologique du terme, relève d'une contrainte interne, d'un piège psychologique (et parfois biologique) refermé sur le consommateur, alors que l'usage nocif tient de la méconnaissance des effets destructeurs d'une consommation.

L'alcoolisme, une addiction ?

L'alcoolisme, comportement impliquant l'accrochage à une consommation immodérée et toxique d'alcool, fait partie du vaste ensemble des addictions, le plus fréquent en France, avec le tabagisme, des comportements de dépendance. Peut-on encore parler d'« alcoolisme » ? Ce débat de spécialistes peut n'intéresser que quelques alcoologues... Rappelons succinctement que les classifications

actualités de l'alcoolisme

ACTUALITÉ DE L'ALCOOLISME?

Dr Jean-Paul Descombey

Il est difficile d'envisager que cette addiction, la plus massive en France, ne soit plus d'actualité. Les faits demeurent : 3^e cause de mortalité, après les affections cardio-vasculaires et les cancers (compte non tenu que l'alcool entre pour une part non négligeable dans l'étiologie de l'hypertension artérielle et des cancers des voies aéro-digestives supérieures). Un malade hospitalisé sur 3 ou 4, quel que soit le motif de son hospitalisation, est ce qu'on appelle pudiquement un « buveur à risque ». Que la consommation d'alcool par habitant baisse n'y change rien et ne prouve nullement que c'est là le succès des campagnes de prévention, car, comme le faisait remarquer Pierre Fouquet, la même baisse est observée dans les pays qui n'ont pas fait de telles campagnes : la consommation diminue, pas l'alcoolisme.

Passés ces constats statistiques, on ne peut accepter que, sous couvert d'inclusion – justifiée – de l'alcoolisme dans le cadre des addictions, la dite inclusion dans la nébuleuse de « l'addictologie » risque, une fois de plus, de reléguer les alcooliques au sort de parias de la clinique et de la thérapeutique. Non que l'auteur de ces lignes répudie le concept et la discipline susdits, car il en a été, avec Joyce Mc Dougall, Jean Louis Pédinielli, et peut-être une poignée d'autres praticiens, l'introducteur dès les années 70. Le mérite du terme générique était, entre autres, de centrer les problèmes non plus sur le seul produit, légal et « banal », mais sur la conduite humaine, et d'ouvrir la voie à une véritable perspective psychopathologique.

Or la mode du mot s'accompagne d'un fait inquiétant : il devient vidé de son contenu, dont l'essentiel était de repérer un procédé de court-circuitage des processus d'élaboration psychique, l'approche thérapeutique étant essentiellement, à l'origine, de faciliter la dite élaboration. L'emploi du mot dans une optique comportementaliste risque, dès lors, d'aller dans un sens tout à fait opposé. Exit le problème de l'« après-coup », celui de l'expérience du manque, qui, au départ, fait défaut chez la plupart des alcooliques en proie à un besoin et non à un désir. C'est pourquoi l'auteur de ces lignes se demande si

internationales, DSM IV ou CIM 10, distinguent, pour chaque substance dite psycho-active, l'abus (DSM IV) ou « usage nocif » (CIM 10) et la dépendance. L'abus n'est défini que par ses conséquences négatives, sociales, psychologiques ou physiques. La dépendance, nous l'avons souligné, reflète « un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et psychologiques indiquant que l'individu poursuit l'usage de la substance malgré l'apparition de problèmes importants dus à ce comportement » (F. Paille).

La distinction entre abus et dépendance est ainsi particulièrement difficile, et, à notre estime, peu conforme aux réalités cliniques. Il existe, pour l'alcool comme pour d'autres produits, des dépendances de degrés divers, la notion d'« abus » relevant d'un artefact de classification sans grande pertinence pour le thérapeute.

L'alcoolisme est, bien sûr, une addiction à l'alcool, dont on sait qu'il peut, chez certains, être comparé à une « drogue dure ». Est-il, pour cela, une addiction comme les autres ? Chacun devine la réponse. L'alcool est un produit complexe, profondément intégré à la culture, bénéfique et hédonistique à doses modérées, dont toutes les propriétés heureuses s'inversent dès lors que la consommation augmente. À ce titre, il nécessite des prises en charge spécifiques, dans des lieux de soins spécialisés, de même qu'il doit donner lieu à des travaux de recherche sur son mésusage et ses propriétés particulières.

Là résident les risques de la notion d'addiction : « noyer » la prise en charge de l'alcoolisme dans celle des autres produits, médicaments, tabac, serait méconnaître l'utilité des compétences alcoologiques, enrichies de l'expérience et des connaissances acquises des thérapeutes. Même si certains adolescents « touchent à tout », mélangeant drogue, alcool, médicaments au gré des expériences, la plupart des alcooliques traités en France sont assez purement « alcoolo-dépendants ». Est-ce révéler quoi que ce soit que de rappeler l'insuffisance encore criante des moyens dont dispose, pour les soins et la recherche, l'alcoologie en France ?

Pr Jean Adès

*Professeur de psychiatrie à la Faculté
Bichat, Paris.
Psychiatre à l'Hôpital Louis Mourier,
Colombes.*

dossier

l'introduction du terme « addiction », si difficile, aura servi à quelque chose d'utile.

L'actualité médiatique, quand elle ne se désintéresse pas des problèmes posés par les alcooliques, s'en empare hélas trop souvent pour les obscurcir. Ainsi, une page entière du journal *Le Monde* (1^{er} octobre 2000) présente les avancées actuelles et à venir de l'alcoolologie comme réduites à trois voies: la génétique, la pharmacologie et la neurobiologie. Et ce que le « grand public » risque de retenir, c'est que:

- L'alcoolisme est déterminé génétiquement, ce qui n'est chose ni simple, ni absolue. Or cela ne peut que renforcer le fatalisme et le pessimisme déjà présents chez certains sujets alcooliques et dans leur entourage: « Tel père, tel fils ». « C'est dans le sang, n'est-ce pas Docteur? ». On serait bien loin alors de la prudence du « vrai » généticien comme le professeur Axel Kahn.

- Le traitement serait essentiellement pharmacologique, ce qui risque de répondre trop facilement à la demande de certains patients: « un médicament qui me débarrasse (magiquement) de ça et qu'on n'en parle plus ! ». Le médicament miracle, supposé chasser le premier médicament miracle que les alcooliques ont trouvé tout seuls, est une chimie illusoire qui ne fera pas le poids face à l'alchimie illusoire de la potion magique alcool, sous prétexte de « chasser le Diable par Belzébuth ». Chaque année ou presque, voit naître une molécule miracle qui éclipse la précédente, qui a fait long feu, en attendant la suivante qui...

- Les découvertes des neurosciences, souvent remarquables, (par exemple, les modifications sous alcool des membranes des cellules nerveuses) donnent souvent lieu à des interprétations aussi fallacieuses que faciles. Ces modifications sont les témoins du processus de dépendance, elles participent au mécanisme d'installation de celle-ci et n'en sont pas, pour cela, le *primum movens*, voire la « cause ». Il y a là, encore, une erreur épistémologique de taille qui escamote complètement le mécanisme complexe du déterminisme de la dépendance psychique-physique.

Du même coup, on risque de perdre de vue que les progrès récents, et sans doute à venir, en matière de thérapeutique, sont issus de la clinique et non de la « biologie », au sens le plus étroit et réducteur du mot. Issus de l'attention portée aux contre-attitudes (le plus souvent négatives) vis-à-

vis des alcooliques, du changement d'attitude à leur égard, sans pour cela bêtifier pour être « humains ». Issus de la meilleure connaissance des différentes formes d'alcoolisme, de la multiplication et du gain en qualité des institutions accueillant des alcooliques. Issus enfin de l'importance donnée à l'aide à apporter à l'entourage (familial, conjugal) des patients, d'où l'intérêt des thérapies familiales et des « Al-Anons », filiales des « Alcooliques Anonymes ».

La situation prête-t-elle à l'optimisme? Certes non. Il y a encore trop eu d'institutions de « cure » de « post-cure » capables d'assumer le traitement à la fois somatique et psychique de ces patients. Les institutions compétentes ont des listes d'attente souvent interminable et les services hospitaliers ne sont pas prêts à se consacrer plus souvent et de façon plus conséquemment soutenue au traitement de ces malades qui ne peuvent pas toujours assumer en ambulatoire le sevrage nécessaire. Les petits comptables qui se croient gestionnaires de la santé (santé dont il faut « maîtriser les dépenses », c'est-à-dire les diminuer, ce à quoi se résume la politique de santé) vouent à l'assèchement le secteur hospitalier sous prétexte que certains malades peuvent être soignés sans hospitalisation. Et cela dans une perspective à court terme.

Enfin, le psychanalyste que je suis ne peut que déplorer qu'un trop petit nombre de ses collègues prêtent attention, temps et travail à ces pathologies. Non que la psychanalyse *stricto sensu* (la cure type, divan) soit ici d'indication fréquente, du moins en première intention. Mais la perspective freudienne, si elle n'enferme pas dans un dogmatisme, est la plus apte à enrichir la connaissance clinique des addictions et à favoriser des psychothérapies qui ne resteraient pas trop empiriques.

Il faudrait, pour que l'on progresse encore, voire que l'on ne recule pas, que les politiques ne se contentent plus de discours slogans, sous couvert de prévention, que les médecins, les psychiatres – s'il en reste dans la décennie à venir –, les analystes se mettent plus nombreux au travail se forment mieux, cherchent et trouvent...

Vaste programme, ambitieux, mais vital.

Dr Jean-Paul Descombey
Psychiatre des Hôpitaux, ancien chef de service de l'Hôpital Sainte-Anne, Paris.

PSYCHANALYSE DE L'« OBJET ». « OBJET-DROGUE », « OBJET- ALCOOL »

Michèle Monjauze

Introduction

Cet article a pour but, d'une part de proposer une explication psychanalytique de la relation à l'objet toxicomane, d'autre part de préciser, dans la même perspective, ce qu'il en est de la spécificité de la problématique alcoolique.

Dès l'origine des théories psychanalytiques des addictions, deux points de vue méritaient d'être retenus et approfondis : Ferenczi avait, pour sa part, compris que ces conduites sont toujours la conséquence, et non la cause, d'un « noyau pathogène » de la personnalité.

Fenichel, quant à lui, précisait que les actes impulsifs réitérés, quelle que soit leur nature, sont des « tentatives de maîtrise d'expériences traumatiques par la répétition et la mise en acte », tentatives bien différenciées dans leur mise en scène selon le toxique utilisé.

Pourtant, jusqu'ici, dans la continuité des recherches, c'est l'idée d'un fonctionnement « limite », de « troubles narcissiques » qui a prévalu, noyant les addictions dans des troubles de la personnalité qui les débordent largement. Cet élargissement fait perdre de vue à la fois le « noyau pathogène » toxicomane, aussi bien que la singularité du symptôme, au profit de concepts plutôt vagues, souvent empruntés à la psychologie du moi, et finalement peu opératifs pour la compréhension et la prise en charge.

Ferenczi et Fenichel nous offrent en fait deux axes de recherche :

- Du côté d'une théorie générale des addictions, il y a lieu de préciser les caractéristiques communes de ce « noyau pathogène » qui serait à l'origine de toute toxicomanie. Et là il paraît préférable de cerner le propos en faisant une distinction entre les addictions qui restent extérieures au corps et celles qui y introduisent quelque chose. Plus précisément encore, cet article concerne la psychopathologie commune aux toxicomanies (dont l'alcoolisme) qui utilisent un produit à effet psychotrope (1).

- En second lieu, l'hypothèse de Fenichel permet d'espérer retrouver, comme à rebours, dans les effets spécifiques de la drogue recherchée, les composantes de l'« expérience traumatique initiale ». Le toxique, reconnu par le sujet comme adéquat à sa souffrance, serait utilisé répétitivement comme réactivateur d'une faille traumatique précoce et des défenses primitives contre celle-ci (2). Ce travail concerne donc ceux qui (éventuellement après différents essais) ont établi finalement avec un toxique électif une relation de dépendance stable.

Le noyau pathogène des toxicomanies. L'archaïsme

Contrairement aux idées reçues qui supposent un plaisir aux conduites toxicomaniaques, il s'agit d'une réponse archaïque, quasi-réflexe, de tentative de survie à des angoisses catastrophiques. Le geste répétitif du toxicomane court-circuite la pensée, tient la relation à l'écart, enfouit le sujet dans une sorte de régression à l'« animalité ». Toute toxicomanie relève, au moins en partie, des zones psychotiques de la personnalité, sans exclure que des développements psychiques plus adaptatifs se soient construits en parallèle. Cette faille psychique très précoce prépare la rencontre bien plus tardive avec le toxique, qui va un jour (et pas forcément à la première expérience), s'imposer comme seule réponse adéquate à la souffrance psychique (3).

Le fantasme et la vie psychique

Avant d'examiner la relation d'objet dans les toxicomanies, un retour sur les premières phases du développement psychique normal n'est pas inutile. Le nourrisson, selon le modèle freudien, pendant l'expérience de satisfaction de ses besoins vitaux, investit fortement les qualités de la relation maternelle. Un écart va se produire entre l'attente de la satisfaction du besoin et l'anticipation de la présence chaleureusement sécurisante de la mère.

C'est dans cet écart que naît la vie fantasmatique et que va s'exercer l'activité de représentation.

L'objet, au sens psychanalytique, est alors un « objet partiel primordial », objet fantasmatique privilégié, investi de toute-puissance. Les qualités maternelles dans

actualités de l'alcoolisme

dossier

leur réalité et les circonstances du maternage, les frustrations, induisent le caractère bon ou mauvais de cet objet. Dans le fantasme, l'objet subit toutes sortes d'avatars (décrits par Mélanie Klein), jusqu'à ce qu'il se stabilise dans le psychisme de l'enfant comme un bon objet permanent. En l'absence de la mère réelle, des représentations font « vivre » l'objet protecteur dans le contenant psychique peu à peu individualisé.

Une différenciation importante s'est opérée en parallèle entre le psychique et le corporel. Les mots apportés par l'entourage, les échanges verbaux, viennent discriminer les différentes sensations, créer un lien de pensée entre les ressentis biologiques, cénesthésiques et les états affectifs, les émotions. La mise en relation de la psyché et du soma s'effectue, l'image du corps se constitue, l'enfant s'approprie un corps érogénisé.

Le développement psychique normal implique des acquisitions différenciatrices, tant entre le sujet et l'objet qu'entre le psychisme et le corps. La clinique des processus toxicomaniaques révèle au contraire une double confusion, à la fois du côté du sujet et du côté de l'objet d'addiction. Ces confusions suggèrent des hypothèses sur l'origine du dysfonctionnement qui conduit à la toxicomanie.

L'objet addictif

En regard de l'« objet », au sens psychanalytique d'objet partiel fantasmatique, le statut de l'objet d'addiction présente à la fois confusion et paradoxe. La confusion vient de ce que l'objet réel addictif répond par une incorporation réelle (4) à une souffrance psychique intolérable. La réponse toxicomaniaque à une angoisse psychique est une réponse du corps et/ou au corps. Les registres du psychique et du corporel sont donc confondus. Cette confusion souligne l'origine archaïque du noyau pathogène.

Un objet de réalité (la drogue) est très fortement investi comme étant le seul à pouvoir assurer la survie psychocorporelle. En ce sens, on pourrait dire qu'il est considéré indûment comme s'il était un « objet partiel primordial ». Cependant, dépourvu des qualités relationnelles de cet objet, il n'introduit pas l'écart nécessaire

entre le besoin et l'attente de la chaleur relationnelle associée pour que le fantasme puisse advenir. Paradoxalement, cet objet réel, surinvesti fantasmatiquement, n'a pas de représentation fantasmatique pour autant. C'est pourquoi sa présence dans la réalité est indispensable.

En raison du vide relationnel de cet objet d'addiction, son investissement fantasmatique comme objet de survie est très fort, mais très pauvre. Son inscription psychique a la fixité d'un pictogramme (5), image fruste qui s'impose au sujet en proie à la catastrophe psychique. Comme dans le processus autistique, l'absence est un trou, mais elle a trouvé un objet qui, à la fois, le creuse et l'obture.

La psychogenèse

Le collage sans écart des réflexes primitifs de survie à un objet réel conduit à supposer dans les toxicomanies des carences gravissimes de la relation maternelle primaire.

Deux hypothèses se présentent à ce propos, non exclusives l'une de l'autre : d'une part, un environnement qui n'aurait pas apporté de signification aux excitations corporelles, d'autre part, des zones corporelles que des traumatismes ou des failles biologiques auraient laissées inertes.

La première possibilité serait donc la suivante : le toxicomane chercherait à revivre, dans les modifications cénesthésiques apportées par le psychotrope, des stimulations indifférenciées, mêlant le corporel et l'émotionnel, analogues aux excitations précoces qui assaillent le nouveau-né impuissant à les démêler. Ces stimulations auraient été vécues par le bébé sans qu'on lui ait apporté suffisamment nomination, discrimination ou ordonnancement. Les excitations psychocorporelles seraient restées en partie sans signification, et elles seraient donc traumatiques.

La nécessité de créer à tout prix des sensations corporelles grâce aux propriétés pharmacologiques de l'objet ouvre une autre possibilité : le corps, sans la drogue, serait ressenti comme inerte, dans une absence ou une insuffisance de sensations générant une angoisse de non-existence. Le toxicomane n'aurait pas d'enveloppe corporelle close sur elle-même, auto-

actualités de l'alcoolisme

Un liquide

L'alcool, par rapport aux autres drogues, se consomme en avalant un liquide. Or, ce mode d'absorption est l'un des premiers réflexes auto conservateurs. Le nouveau-né, qui baignait, intérieur et extérieur indifférenciés, dans le liquide amniotique, retrouve en tétant une liquidité qui le remplit. L'avidité pour un liquide peut suggérer l'hypothèse qu'il y aurait eu, chez les futurs alcooliques, une angoisse excessive de dessiccation liée au traumatisme de la naissance. Il se pourrait aussi que l'irrégularité des tétées, dans un environnement défavorable, ait provoqué des angoisses excessives d'inanition. En raison de ces angoisses, le réflexe de déglutition aurait été surinvesti. Ces souffrances précoces pourraient être liées à de petites ou importantes déshydratations. Un bébé abandonné à ses cris perd son eau et l'angoisse de mort s'exprime dans ces cris qu'on n'entend pas. Ces hypothèses expliqueraient les quantités énormes de boissons alcoolisées consommées par les alcooliques, ainsi que les grandes quantités de boissons non alcooliques consommées par certains abstinents. L'hypothèse d'expériences précoces de déshydratation trouve une confirmation dans le fait que certains alcooliques, pourtant dûment avertis du processus, se retrouvent répétitivement en situation de *delirium* (qui est un état de déshydratation aigu), comme si cette situation était la situation traumatique initiale. D'autres, dont l'alcoolisation presque toujours massive conduit au coma, semblent chercher, avec le plein, la disparition de toute conscience, tandis qu'ils gisent dans leurs déjections comme des bébés oubliés qui ont dépassé l'angoisse de mort en tombant dans le sommeil. La honte, qui est un trait majeur de la problématique, peut être liée à la régression déshumanisante des débordements alcooliques.

Créer la bouche

La nécessité d'avalier un liquide peut avoir une autre origine, liée à l'hypothèse des zones corporelles non symbolisées. Comme l'observation clinique le montre (et comme Mijolla et Shentoub l'avaient souligné), les alcooliques sont loin d'être parvenus à l'érotisation orale. Leur corps n'est pas un corps érogène. Or, la zone orale est la première à être investie par le

suffisante, délimitant une appropriation. Dans son vécu actuel du corps, il lui faudrait un complément sans lequel cette enveloppe ne se ressentirait pas, ne s'éprouverait pas complète. Ce complément serait cherché dans la réalité pour tenter d'éveiller ces « zones corporelles muettes ». Or, une inertie corporelle laisse toujours supposer des traumatismes précoces : sévices, soins vécus comme agressifs, douleurs corporelles du bébé d'origine diverse, stimulations excessives. Les zones corporelles vides de représentation pourraient aussi correspondre à de petites failles biologiques, éventuellement d'ordre génétique, créant chez le bébé un malaise psychocorporel, très perturbant, incompris par l'environnement et donc affectant l'établissement de l'appropriation corporelle (6).

Fonction de la drogue

La répétition de la prise de drogue tenterait de re-susciter l'afflux de sensations, de douleurs, ou bien de provoquer un ressenti, dans la recherche incessante et vaine d'une représentation corporelle signifiante.

Toute répétition indique qu'un traumatisme est resté actif et cherche sans cesse et sans succès à s'abréagir. L'addiction s'établit, si les effets de la drogue sont capables chez le sujet de restituer la reviviscence d'éléments de l'expérience traumatique (7). En ce sens la nature spécifique du produit et le noyau pathogène de celui qui s'y adonne sont inséparables.

Cette expérience de répétition traumatique est marquée par l'angoisse de mort, que celle-ci se soit imposée d'un coup par un trauma isolé ou plus insidieusement par des traumatismes cumulatifs (8). La prise de toxique remet en jeu la pulsion de mort. En même temps que l'autodestruction s'opère, la drogue donne l'illusion d'en triompher. Les pathologies toxicomaniaques sont essentiellement paradoxales, non dans un double discours, mais dans une aporie existentielle : ce qui donne la mort assure la survie.

Spécificité alcoolique

Il s'agit d'appliquer à l'alcoolisme l'hypothèse précédente : par quelles propriétés spécifiques l'alcool « réveille-t-il » et révèle-t-il les composantes de la faille archaïque des alcooliques ?

dossier

nouveau-né. Si une inertie congénitale empêche de ressentir le plaisir de la succion, ou même de ressentir clairement la satiété et le plein, l'expérience pourrait être répétitivement recherchée pour tenter de créer ces états. Cette absence d'érogénéisation pourrait aussi être liée à l'irrégularité du nourrissage : une trop grande soif du bébé l'attacherait électivement à satisfaire le besoin, le réflexe d'avaler prenant une importance vitale au détriment de l'investissement de l'oralité (plus tard, l'alcool comme « coupe-faim »).

L'alcool n'est pas seulement liquide, il a aussi des propriétés pharmacologiques. Si les alcooliques présentent un malaise généré par une difficulté de ressentir leur corps, et la zone buccale en premier lieu, la propriété des boissons alcoolisées d'avoir un goût, des odeurs, joue probablement un rôle. Dans la première rencontre décisive de l'alcoolique et de l'alcool, le liquide qui « crée la bouche », en quelque sorte, va prendre une grande importance.

S'accrocher sans décrocher

En même temps que le réflexe de déglutition apparaît à la naissance, se manifeste le réflexe d'agrippement. Les observations des bébés montrent que l'une de leurs angoisses les plus manifestes est l'angoisse de chute. Winnicott en particulier a insisté sur l'importance pour le développement psychique d'un bébé, qu'il soit « bien porté ». Il y a lieu de penser que les alcooliques ont souffert dès leur naissance d'une insécurité du portage, car l'un des effets les plus évidents de l'alcool est de restituer une insécurité du maintien. En buvant jusqu'à tituber, cherchant à se tenir malgré tout, recréant autour de lui un espace en transformations instables, l'alcoolique montre assez clairement de quel portage pathologique il a été l'objet. L'hypothèse afférente est que l'agrippement aurait pris, comme le réflexe de déglutition, une importance vitale, s'opposant au processus d'individuation. Lorsque tout se passe bien, ce processus se fait grâce à l'intériorisation par le bébé de la stabilité du support. Dans le cas des alcooliques, cet agrippement est probablement devenu pathologique parce que le support maternel était lui-même sans stabilité. La nécessité de s'accrocher sans décrocher aurait perturbé la capacité de séparation. De ce point de vue, il est possible que le verre, objet dur qui contient l'alcool, joue

un rôle dans la remise en scène d'une composante du trauma initial. L'alcoolique est agrippé à sa bouteille, en même temps qu'il boit et que l'alcool le déstabilise.

Liquider

L'alcool, en tant que désinhibiteur, permet la restitution de scènes traumatiques qui auraient été vécues répétitivement dans la petite enfance. Un alcoolique violent en paroles et en actes reprend le rôle de quelqu'un d'autre dans le passé, rôle que sans alcool il ne pourrait pas tenir. Parfois l'alcool lui sert à rejouer le rôle de la victime, comme le font souvent les femmes alcooliques. La toute-puissance comme l'impuissance rejouées nous donnent l'idée que l'alcoolique a été un nourrisson, un enfant impuissant, soumis à un entourage excessivement persécuteur. Une enfance marquée par la sévérité, le mépris ou la violence de son entourage peut créer la honte d'exister. Il semblerait que l'identité alcoolique se soit développée dans une double contrainte : exister, c'est être la cible, c'est être menacé de disparaître.

L'alcoolique remet en scène la menace de mort pour vérifier qu'il en triomphe. L'alcool, dans ces situations communes aux victimes de sévices, apporte aux alcooliques d'une part l'excitation nécessaire à la reviviscence de la scène traumatique et d'autre part la sédation suffisante des angoisses associées pour que le drame puisse être rejoué. L'alcool fait ressurgir la scène et finit par la noyer dans l'inconscience : l'agresseur, l'angoisse, et finalement l'acteur lui-même, doivent être, à chaque reprise, liquidés.

A chacun ses reviviscences

Chaque alcoolique a sa manière de boire, car il cherche parmi les différents effets de l'alcool ceux qui vont répéter, réveiller, ses reviviscences. L'alcool peut réactiver les traces mnésiques de différents traumatismes précoces, non exclusifs les uns des autres, dont les composantes sont propres à chaque alcoolique (cf. plus haut, violences d'un entourage agressif, et/ou dangers de chute par un portage insécurisant... angoisses de mort par privation... avidités pour ressentir quelque chose du corps... angoisses de dessiccation... plongées dans l'inconscience...). Aussi la singularité de chaque alcoolique est-elle fascinante. Les

modalités de l'alcoolisation donnent le fil qui, suivi à rebours, conduit au cœur de la faille psychique alcoolique d'un sujet unique.

Une psychose associative

C'est peu dire que définir la psychopathologie alcoolique comme « préverbale » : la faille alcoolique s'est probablement inscrite dans les tout premiers temps du développement psychique. La question essentielle de l'alcoolique est une question psychotique : « Comment survivre à la catastrophe psychique ? ». C'est vraisemblablement une pathologie aussi archaïque dans ses origines que la psychose dissociative, mais les angoisses primitives excessives qui l'ont causée ne sont pas de même nature et n'ont pas les mêmes conséquences. Le dissocié, dans son angoisse de morcellement, n'a pas de miroir du Soi qui puisse, faute d'une image du Moi cohérente, lui donner au moins une représentation rudimentaire, un pictogramme du Soi. L'alcoolique, à l'âge où le psychotique dissocié décompense, trouve une correspondance à sa faille psychique dans l'alcool et, grâce à lui, survit psychiquement mieux et plus longtemps. Le liquide alcool électivement adéquat au Soi alcoolique reflète un Soi liquide, sans contenant, en danger d'écoulement, dont seul le flot incessant, automatiquement entretenu, peut garantir l'existence. Il s'agit d'assurer la continuité d'un contenu psychique sans contenant.

Le mode d'absorption de l'alcool, prolongé, continu, verre après verre, fait de l'alcool un objet-droque particulier : l'absence de représentation fantasmatique de l'objet, commune aux drogués, trouve dans le geste de boire une mise en scène qui permet de rejouer à la fois la présence de l'objet (le verre plein) et sa disparition perpétuelle (le liquide englouti). Aussi l'alcoolisation se produit-elle électivement, comme l'observation clinique le montre, lors de toute rupture (passage d'un lieu à un autre, par exemple).

Shentoub et Mijolla (*op. cit.*) avaient souligné cette fonction de l'alcool d'assurer le glissement perpétuel d'une chaîne associative. Le discours des alcooliques (abstinents ou non) est marqué, plus que tout autre, non par ce qui est dit, mais par « comment c'est dit ». Lorsqu'il y a une étrangeté elle ne tient pas aux brusques

irruptions du non-sens, mais au défilement fluctuant des idées. L'étrangeté ne découle pas des substantifs employés, mais des liaisons, parfois gratuites ou absurdes, qui poussent une image vers l'autre, processus métonymique endormant l'interlocuteur inattentif par une impression de banalité. C'est dit comme s'il s'agissait de tenir à flot une existence que tout entre-deux pourrait faire sombrer.

Alcoolisme et psychothérapie

La psychothérapie d'un alcoolique consiste, comme dans tous les cas de noyau psychotique actif de la personnalité, à soutenir et stimuler la partie pensante du sujet en lui donnant un contenant bienveillant et protecteur. Mais la honte spécifiquement alcoolique du regard des autres, réactivant une honte probablement bien plus fondamentale, exige en tout premier lieu la restauration narcissique du patient. Cela implique une inversion figure-fond (par rapport à ce qui est souvent pratiqué) : c'est ce qui est fait, réussi, maintenu, investi sans alcool, qui mérite qu'on s'y attache.

En parallèle, il s'agit de réduire les angoisses en leur donnant des moyens d'expression gestuelle en dehors de l'alcool : les psychothérapies médiatisées sont pour cela les meilleures, à condition de laisser le patient s'exprimer librement. En faisant (de la relaxation, des créations en terre, en peintures...) (9), dans l'enveloppe bienveillante du cadre, le patient quitte ses angoisses, parle de son corps, et s'achemine vers la sobriété. Le sujet pensant étant ainsi soulagé des angoisses, soutenu et stimulé, pourra commencer à envisager la gestion de sa part alcoolique. L'abstinence n'appartient qu'à celui qui boit, lui seul peut la décider et s'y tenir.

Cette abstinence peut être le but recherché et atteint, mais elle ne suffit pas à résoudre les difficultés relationnelles. En parallèle au soutien considérable des groupes néphalistes, la psychothérapie peut avoir un rôle d'accompagnement à jouer. Ensuite et seulement ensuite, la psychothérapie analytique ou la cure peuvent être une indication choisie par un alcoolique abstinent stabilisé pour faire évoluer le clivage entre sa part alcoolique et sa part névrotique. Il arrive que l'abstinence prenne ainsi un sens de sublimation dans la reconstruction de l'histoire d'une vie.

actualités de l'alcoolisme

dossier

Avant cela, c'est une illusion d'espérer libérer par la parole la souffrance d'un mal enfoui dans les limbes de la psyché. Les angoisses alcooliques sont associées à une effraction traumatique de l'enveloppe psychique. De ce fait, la remémoration ne peut pas permettre un travail de la pensée, bien au contraire : à chaque fois que le trauma sera réactivé, la réponse d'alcoolisation sera incoercible. Il peut arriver que le thérapeute, ayant engagé son patient dans la voie de la remémoration, obtienne l'analyse du « pourquoi » dans les séances. Le travail se déroulera de façon fausement satisfaisante : le patient, à l'abri du cadre, semblera pouvoir penser, associer, progresser, mais son alcoolisation se poursuivra sans mot dire en parallèle, et à la même allure que les « progrès ».

Michèle Monjauze

*Psychologue clinicienne de formation,
psychanalytique, ex-maître de conférence à
l'université Paris X.*

Notes

1. Je ne parlerai pas de la boulimie qui ne recherche pas d'effets pharmacologiques.
2. C'est l'hypothèse de P. Letarte.
3. Il s'agit de la « rencontre initiatique », ainsi définie par S.A. Shentoub et A. de Mijolla.
4. L'incorporation (de l'objet partiel) est présentée par Freud comme un processus fantasmatique oral archaïque. M. Klein la définit comme la résultante d'une agressivité vampirique vis-à-vis du sein fantasmatique. On ne peut donc pas parler d'incorporation, au sens psychanalytique, à propos de l'introduction d'un objet réel dans le corps, qui est en fait un échec du processus psychique d'incorporation.
5. Terme proposé par P. Aulagnier.
6. Dans cette perspective, le recours à la drogue ne saurait être interprété comme un refus de la relation avec l'autre. C'est la conséquence d'une relation primaire pathologique qui contraint le futur drogué à « soigner » ainsi son incapacité relationnelle.
7. On peut dire que si, selon Freud, les névrosés souffrent de réminiscences, les drogués souffrent de reviviscences.
8. Le trauma peut être considéré comme une effraction de l'enveloppe psychique sans possibilité de cicatrisation, voir Monjauze, *op. cit.* L'idée de traumatismes cumulatifs (dont l'effet est apporté par les répétitions d'une même situation en soi peu active si elle restait isolée) a été introduite par M. Khan.
9. Tant qu'une abstinence de longue durée n'est pas acquise, la prise en charge psychothérapique d'un alcoolique se fait en collaboration avec différents thérapeutes.

MIEUX PENSER, MIEUX ORGANISER L'ALCOOLOGIE

Dr Henri Gomez

L'alcoologie clinique ne s'est pas individualisée de l'alcoologie des psychiatres. Elle risque à présent de s'enliser dans les addictions. Dans ce contexte, la diversité des produits et des conduites de dépendance des « nouveaux alcooliques » font courir le risque de négliger des réalités cliniques plus décisives, de faire perdurer le gaspillage humain et financier, en dépit de la volonté contraire exprimée par les Pouvoirs publics.

I- Au moment où le sujet pourrait s'engager véritablement dans une démarche active, c'est-à-dire quand son système-alcool connaît une crise sérieuse, l'offre de soin étale ses carences.

Les prescriptions médicamenteuses et les recommandations qui font l'ordinaire d'une consultation de médecine générale sont insuffisantes. Les meilleurs des praticiens, pris au piège de leur isolement, prennent des risques personnels à s'investir davantage. Aussi, il y en a très peu et il leur arrive de se décourager.

L'absence de solution adaptée rapide peut laisser passer le moment d'une demande authentique. Des dérives peuvent alors prendre une ampleur difficilement réversible.

Les établissements psychiatriques ont des logiques de fonctionnement qui ne conviennent pas à une majorité des patients en difficulté avec l'alcool. La disparition des troubles du comportement une fois l'alcool supprimé, la promiscuité avec les psychotiques, la passivité psychique et la tristesse qui se dégagent de ces lieux, des prescriptions parfois inutilement lourdes, l'usage illicite fréquent de produits psycho-actifs à l'intérieur des établissements ou dans leur voisinage immédiat, les phénomènes grégaires, les aléas affectifs, l'absence de lien thérapeutique individuel, faute d'une disponibilité suffisante du psychiatre alcoologue, diminuent l'efficacité de la structure, indépendamment de la qualité de l'équipe soignante.

La plupart des séjours de post-cure prolongent la parenthèse sociale pour un

bénéfice médical qu'il conviendrait d'évaluer. Au final, le sentiment d'échec partagé par les patients et les équipes contribue à perpétuer le système et à poser le « qui a bu boira » en vérité clinique.

Il existe une incohérence des établissements somatiques à traiter des pathologies organiques qui remplissent une bonne partie de leurs lits, sans s'occuper des causes : l'alcool et le tabac. Cette incohérence s'explique par l'absence structurelle d'unités d'alcoologie et de temps de consultation rétribués pour la prévention du tabagisme. Pourtant, de petites unités d'alcoologie associant deux duos constitués par un alcoologue et une psychologue clinicienne peuvent accueillir un minimum de 250 patients par an, à partir de stages hebdomadaires au contenu précis et annoncé. L'activité groupale bihebdomadaire de chaque duo en exercice plein peut autoriser 5000 à 6000 passages par an, représentant une économie considérable d'entretiens individuels. De quoi donner le vertige à un Directeur de Caisse Primaire. Le cahier des charges est facile à établir et les conventions engageant les différents partenaires devraient pouvoir être mises au point sans tergiverser.

C'est là que nous vérifions le décalage entre la volonté affirmée et la volonté de faire, que le doute s'installe et qu'une patience de Saint devient indispensable. En attendant cet avenir radieux, les malades de l'alcool continuent d'être reçus avec les égards dus aux "K" diagnostiques et opératoires qu'ils dégagent et d'être regardés d'un drôle d'air dès qu'ils s'affirment comme sujets alcoolodépendants, avec les petits dérangements que cela comporte quelquefois.

II- La dichotomie somato-psychique actuelle arrange au fond tout le monde, au détriment des patients, de leurs proches et de la collectivité. Le bon sens incite au contraire à mélanger ces patients, dans leur mise en réflexion, à des alcooliques rétablis et à des malades somatiques, sains d'esprit. Il est, dans tous les sens du terme, économique d'accorder la plus grande place possible à l'action des patients rétablis et organisés, comme l'ont compris de longue date nombre d'établissements.

L'expérience montre qu'il est préférable d'adapter les protocoles à chaque patient et à chaque moment de sa trajectoire. Il n'est

possible de bien travailler, lors des prises en charge, qu'à la condition de s'occuper de peu de nouveaux patients à la fois, de s'en occuper vraiment. Toute prise en charge, toute hospitalisation, doivent être situées d'emblée dans la logique de l'accompagnement ultérieur.

L'ambiance des séjours est essentielle. Il s'agit de créer une ambiance de confiance, de travail, d'échanges fondés sur l'intelligence et sur l'humanité des soignants, confortées par la dynamique associative. La problématique alcoolique est suffisamment complexe, dans ses composantes psychanalytiques, psychopathologiques et neuropsychiatriques, systémiques, culturelles, éthiques, cognitivo-comportementales, somatiques et biologiques, pour que les soignant s'efforcent de la rendre compréhensible aux patients. N'oublions pas qu'à terme ce sont les patients qui se prendront complètement en charge.

Un contrat a fixé les engagements réciproques. Le cadre du soin est posé. Il va permettre à la bonne volonté et à la créativité de chacun de s'exprimer. L'équipe doit être prête à faire l'avance du respect, de la parole, de l'authenticité et de l'empathie pour être payée de la même monnaie. Il n'est pire offense faite à l'alcoolique que d'ignorer sa souffrance, quand bien même il la méconnaîtrait. La rencontre initiale a une importance souvent déterminante dans la mise en place de la relation de transfert et de contre-transfert



actualités de l'alcoolisme

dossier

qui devra affronter les épreuves et les discontinuités à venir. Il est indispensable de se donner le temps et les moyens de connaître vraiment chaque patient, ce qui peut se faire plus rapidement qu'on ne le croit, à partir du moment où la confiance est établie.

La médiocrité ou l'absence de l'accompagnement de proximité compromet ou annule le travail entrepris lors du temps initial de prise en charge. Les échanges par téléphone et, mieux, par e-mail peuvent représenter un palliatif intéressant quand le patient est trop éloigné. Tout ne peut se faire d'emblée et l'avenir est certainement à des offres de soin complémentaires, diversifiées et différées, proposées par les institutions ou par des associations, permettant au sujet d'acquérir des compétences nouvelles et de réaliser d'autres progrès. Comme l'indique Michèle Monjaube, il n'est pas dommageable, au contraire, que le sujet dispose de plusieurs psychothérapeutes, le groupe et l'alcoolologue en faisant partie.

III- Développer constamment les partenariats par le dialogue entre équipes n'est pas une affaire de mode mais une exigence d'efficacité. Nul besoin de construire je ne sais quelle usine à gaz. Il suffit d'un carnet d'adresse des structures publiques et libérales utiles, tenu à jour, et de quelques séances de travail communes dans l'année : conférences, ateliers filmés, séminaires pour les généralistes référents avec force exercices pratiques tels que des jeux de rôle ou des discussions autour des histoires cliniques dans la tradition des groupes Balint.

Il y a crise, a dit Gramsci, quand le vieux ne veut pas mourir et que le neuf ne peut pas naître. Il n'est alors pas exagéré de dire que l'alcoologie est en crise depuis que le concept a été lancé.

La problématique alcoolique devrait imposer une alcoologie du sens et du lien thérapeutique. A cette condition, la situation de l'alcoologie clinique, théorique et organisationnelle pourrait être repensée utilement, le nouveau donnant plus de sens à l'ancien.

Pour que ces orientations l'emportent, un certain nombre de dispositions simples devraient s'imposer.

- La possibilité d'identifier, dans le cadre de réseaux départementaux, les différents acteurs du champ médical et social impliqués par la problématique alcoolique afin de favoriser un travail de partenariat dans un souci d'efficacité.

- Outre un effort de formation sans précédent, allégé des rigidités universitaires habituelles, et la création d'unités d'alcoologie opérationnelles, la possibilité de devenir alcoologue clinicien dans le champ libéral actuel, en étant payé à la hauteur de la disponibilité et des compétences requises.

L'absence de spécialité clinique rend compte des difficultés de la synthèse des savoirs et des compétences. Il n'y aura de progrès réel dans la prise en charge alcoolique que lorsque sera constitué un corps de spécialistes de terrain, au même titre que des cardiologues ou des gastro-entérologues. Payer une consultation d'alcoologie de 30 ou 45 minutes, 115 F ou 150 F, avec ce que cela représente de dépense d'énergie, ne pas payer un travail groupal de qualité, ne pas payer tout le travail d'organisation et de contacts exigés par les partenariats à faire vivre, pour un nombre croissant de patients, empêche tout simplement l'alcoologie clinique d'exister, de se développer et de répondre aux besoins de la population.

Dr Henri Gomez
Psychiatre, alcoologue
à la Polyclinique du Parc, Toulouse

LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALCOOLODÉPENDANCE

Dr Larivière, Dr Philippe Batel

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par an et par habitant depuis 1970, la France se situe au troisième rang européen, avec la morbidité et la mortalité qui en découlent (42 000 décès en 97 liés à l'abus d'alcool). On estimerait à 4 millions le nombre de français en difficulté avec l'alcool, un million et demi sont alcoolodépendants.

Depuis peu en France, l'alcoolodépendance est désormais considérée comme une maladie dont le traitement relève de l'intervention médico-sociale.

L'arsenal proposé dans la prise en charge de ce trouble est diversifié; des techniques psychothérapeutiques variées (analytiques, comportementales, cognitives, transactionnelles, systémiques etc.), des actions communautaires, des soutiens sociaux ou des médicaments. Ces derniers ont été précocement et largement utilisés dans le traitement de l'alcoolodépendance avec une persévérance troublante compte tenu de la rareté des preuves scientifiques de leur efficacité. L'utilité de certaines molécules, à des moments précis de la prise en charge est pourtant démontrée.

Nous proposons ici de faire le point sur les indications principales des médicaments en alcoologie:

- Le sevrage, période de « détoxification » permettant d'obtenir l'abstinence.
- Le maintien de l'abstinence par les réducteurs d'appétence.
- Le traitement d'une co-morbidité psychiatrique associée.

Chimiothérapie du sevrage alcoolique

Instaurée dès l'arrêt des boissons alcooliques, elle a pour but de prévenir et/ou traiter les complications du syndrome de sevrage physique (*Delirium tremens*, crises convulsives), en améliorant le confort du patient pendant cette période difficile. Plusieurs molécules ont été utilisées, mais seules quelques unes se sont révélées efficaces et peu toxiques.

a) Les psychotropes

Les benzodiazépines

Les experts de la conférence de consensus sur le sevrage alcoolique (1) s'accordent à reconnaître que les benzodiazépines (BZD) constituent, à l'heure actuelle le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique. Cette classe pharmacologique a prouvé son efficacité dans la réduction de l'incidence de la sévérité du syndrome de sevrage et de ses complications.

Différents produits peuvent être utilisés avec une efficacité comparable. Le choix sera fonction du contexte clinique et des habitudes du prescripteur. Les benzodiazépines à demie vie longue (diazépam) préviennent mieux les crises convulsives (18), mais présentent un risque accru d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire (on préférera alors l'oxazépam au métabolisme non modifié par l'hépatopathie).

Les bzd à demie vie courte (lorazépam) présentent un potentiel d'abus plus élevé et devront être utilisées avec prudence.

Conduite pratique

La voie orale sera préférentiellement utilisée; la voie parentérale reste réservée aux formes sévères et impose des conditions de surveillance rapprochée en raison de la majoration du risque de dépression respiratoire.

L'administration des BZD débutera au moins deux heures après la dernière consommation d'alcool. Plusieurs modalités peuvent être proposées:

- Prescription à posologie rapidement décroissante (maximum 7 jours) de comprimés de diazépam à 10 mg, forme générique disponible, répartis au cours de la journée. Par exemple: 1cp/4 heures à J1 puis 1 cp/6 heures à J2, 1 cp/8 heures à J3 et J4, 1cp/12 heures à J5 et J6, enfin 1 cp au coucher pendant 48 heures et arrêt.
- Prescription personnalisée, guidée par une échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes de sevrage (CIWA-Ar) ou l'index de Cushman (6). Cette méthode nécessite une surveillance clinique régulière mais permet de réduire significativement la quantité de BZD nécessaire ainsi que la durée du traitement tout en conservant la même efficacité.
- Utilisation d'une dose de charge de 20 mg de diazépam/heure jusqu'à sédation

actualités de l'alcoolisme

complète avec arrêt dès le premier jour (16). L'élimination lente de cette bzd permettant une couverture prolongée sans le risque d'accumulation des prises itératives.

Le méprobamate (EQUANIL®)

Très employé pendant de nombreuses années en France, son efficacité dans le sevrage alcoolique n'a jamais été clairement démontré par des études contrôlées ; il n'a pas d'activité anti-épileptique et présente un risque léthal important en cas d'intoxication. Ce produit n'a pas été recommandé par le jury de la conférence de consensus.

Le tétrabamate (ATRIUM®)

Associé au phénobarbital, il a une efficacité comparable aux BZD seules sur l'intensité du syndrome de sevrage et supérieure à elles sur le tremblement.

Ce produit est retiré du marché en raison de son hépatotoxicité.

Les barbituriques à demi vie longue

Leur efficacité est prouvée, mais ils présentent un profil de tolérance inférieur aux BZD et sont d'un maniement plus délicat en raison des risques de dépression respiratoire.

b) Les traitements associés

Les bêta-bloquants et la clonidine

Ils diminuent l'hyperactivité adrénergique liée au sevrage (tremblements, sueurs, tachycardie) mais n'ont pas d'action anti-épileptique et ne doivent pas être employés seuls (9, 19). En l'absence de contre indication, on pourra proposer l'administration *per os* de 1cp/j de propranolol 160 mg LP pour une durée brève (7 jours).

La thiamine (vitamine B1)

La carence en vitamine B1 est fréquente chez l'alcoolodépendant, (11). Elle peut être à l'origine de graves troubles cardiaques et neurologiques (cardiopathies, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff) (5).

Le sevrage peut favoriser l'émergence de ces pathologies carencielles, une vitaminothérapie B1 *per os* sera donc instaurée à titre prophylactique au début du sevrage. La posologie proposée varie de 500 mg à 1 g pour une durée de 10 à 21 jours. La voie parentérale à la posologie de 500 mg deux fois par jour est indiquée à titre préventif en cas de perfusion glucosée ou curatif en cas de signes carenciels lors de la première semaine de sevrage; le relais *per os* est pris au bout de quelques jours (2).

La pyridoxine (vitamine B6)

Souvent associé à la prescription de vitamine B1 et de vitamine PP (utilisé comme co-facteur). Les carences en B6 favorisent les crises convulsives et les neuropathies périphériques.

La vitamine B12

Elle n'a pas d'indication démontrée dans le sevrage alcoolique.

Traitement du syndrome de sevrage sévère

Les accidents de sevrage sévères sont représentés par les crises comitiales et le *Delirium tremens* (DT). Ils surviennent lors d'un sevrage forcé (accidents de la voie publique, intervention chirurgicale...), d'un sevrage « sauvage » (le patient stoppe seul, brutalement, sa consommation d'alcool) ou enfin d'une erreur dans la conduite d'un sevrage programmé.

Ils justifient une hospitalisation et une surveillance médicale étroite. Ils surviennent dans 10 % des sevrages. L'administration préventive de BZD fait chuter cette fréquence à 2 % (conférence de consensus mars 1999) (1).

Chimiothérapie du maintien de l'abstinence

La première phase dite de sevrage voit l'arrêt de l'intoxication alcoolique rendue confortable par la prescription de BZD. La seconde phase dite de maintien d'abstinence est celle où le traitement a pour but de limiter la fréquence et/ou la gravité des réalcoolisations (4).

a) Principe d'utilisation des médicaments réducteurs d'appétence (MRA)

Les médicaments réducteurs d'appétence (MRA) agissent sur le « craving » ; ce besoin impérieux de consommer de l'alcool. Moteur de l'alcoolodépendance psychologique, il fait le lit du comportement d'alcoolisation excessive chronique.

L'efficacité de ces produits a été validée par plusieurs études contrôlées; les MRA viennent en complément des autres éléments du programme thérapeutique (suivi médical, psychothérapie, thérapie comportementale, mouvements d'anciens buveurs, relaxation...) (12, 13, 17). Le traitement sera débuté dès la fin de la phase de sevrage physique (à l'arrêt des médicaments visant à prévenir le syndrome de sevrage).

b) Durée du traitement par réducteur de l'appétence

Le traitement sera prolongé, idéalement un an en fonction de l'AMM du produit utilisé. En cas de réalcoolisation, le MRA sera interrompu jusqu'à l'obtention d'une nouvelle abstinence et ce afin de « redynamiser » le produit auprès du patient.

c) Les médicaments réducteurs de l'appétence disponibles sur le marché

Lacamprosate (AOTAL®)

C'est un agoniste de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Son mode d'action est multiple, il impliquerait la stimulation des récepteurs GABA, une action sur la membrane cellulaire et les récepteurs opioïdes (7, 10).

La durée du traitement varie de six mois à un an. La posologie est fonction du poids en raison d'un effet dose démontré (13) : 4 comprimés par jour pour un patient de moins de 60 kg, six comprimés par jour au delà en deux ou trois prises par jour.

Les effets secondaires sont modérés, essentiellement gastro-intestinaux : ballonnements, diarrhées) en début de traitement et cèdent en général à la poursuite du traitement.

La naltrexone (REVIA®)

C'est un antagoniste sélectif des récepteurs opioïdes mu et delta. Son mécanisme d'action repose sur le blocage de ses récepteurs qui empêcherait le renforcement positif de l'alcoolisation moteur de l'alcoolodépendance psychologique.

La posologie recommandée est de 1/2 comprimé par jour pendant les trois premiers jours de traitement, puis un comprimé par jour. La durée du traitement est de trois mois.

Les effets secondaires à type de nausées et de vertiges sont transitoires et le début du traitement à demi-dose permettrait leur réduction.

Prescription d'un anti-dépresseur chez l'alcoolodépendant

Les malades de l'alcool sont des utilisateurs fréquents et souvent abusifs de psychotropes et en particulier d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques. Les troubles de l'humeur sont rencontrés chez bon nombre d'alcoolodépendants en raison du caractère dépressiogène de l'alcool. Ces troubles réeressent spontanément dans la

majorité des cas après le début du sevrage et ne doivent pas faire l'objet de la prescription d'un antidépresseur mais d'un projet thérapeutique (14, 15).

En revanche, les troubles dépressifs d'emblée sévères, ceux ayant nettement précédés la période d'alcoolisation ainsi que ceux qui s'aggravent ou se maintiennent au décours du sevrage devraient bénéficier d'une thérapeutique antidépressive ainsi que d'une prise en charge psychologique, semblables à celles d'un patient non alcoolodépendant (3).

Conclusion

Le traitement médicamenteux n'est qu'une partie de la prise en charge du sujet alcoolodépendant. Il s'inscrit dans un projet global de changement et de soin.

Au cours de la phase dite de sevrage, les BZD doivent être utilisés en première intention et de façon brève. Une co-prescription de vitamine B1 et éventuellement B6 et PP est également réalisée.

L'association avec un bêtabloquant peut-être envisagée en l'absence de contre indication.

La phase de maintien de l'abstinence vise à réduire la dépendance psychologique et le désir impérieux de consommer de l'alcool responsable de la majorité des réalcoolisations. L'utilisation de réducteur de l'appétence instauré au décours immédiat de la première phase a prouvé son efficacité sur la consolidation de l'abstinence.

Ces produits ne sont toutefois envisagés qu'en tant qu'adjuvant de la prise en charge psychothérapeutique et sociale.

Le traitement d'un trouble dépressif associé à une alcoolodépendance est à considérer avec prudence après évaluation de sa sévérité, de son ancienneté par rapport à la dépendance et son évolution après le sevrage.

Dr Larivière

Psychiatre,

Utama, Hôpital Beaujon

Dr Philippe Batel

Psychiatre,

responsable de l'Utama,

Hôpital Beaujon

actualités de l'alcoolisme

Notes bibliographiques

1. Conférence de Consensus sur le sevrage, *Alcoologie*, 1999, 21, pp. 203 S-215 S.
2. Batel, P. (Ed. G. P), *Encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Traité de Médecine*, 1998, Paris, Flammarion, p. 2427-2428.
3. Batel, P. et Guerahds, Y., « Pourquoi, quand et comment prescrire un antidépresseur chez un malade alcoolique? », in *Revue du Praticien*, 1995, 8, pp. 18-22.
4. Batel, P., Poynard, T. et Rueff, B., « Traitement de l'alcoolodépendance », in *EMC*, 1995, 9-004-B-10, pp. 1-7.
5. Butterworth, R. « Pathologic mechanisms responsible for the reversible (thiamine-responsive) and irreversible (thiamine non responsive) neurological symptoms of Wernicke's encephalopathy », in *Drug Alcohol Review*, 1993, 12, pp. 317-324.
6. Cushman, P. J., Forbes, R., Lerner, W., et al., « Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lefoxidine », in *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 1985, 9, pp. 103-108.
7. Daoust, M., Boucly, P., Ladure, P., et al., « Alcool et système gabaergique: régulation par l'acamprosate (AOTAL®) », in *La lettre du Pharmacologue*, 1989, 3, pp. 1-4.
8. Garbutt, J. C., West, S. L., Carey, T. S., et al., « Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence [see comments] », 1999, 281, pp. 1318-25.
9. Gross, G., « The use of propanolol as a method to manage acute alcohol detoxification », 1982, 82.
10. King, A. C., Batel, P. et Kreek, M. J. (Ed. R. B. Edwards and E. E. Bittar), *Recent Alcoholism Treatment Research: Ethical Issues of Implementation into Clinical Practice. Advances in Bioethics*, 1997, Greenwich, JAI Press Inc., p. 257-286.
11. Manzol et Locatelli, C., « Nutrition and Alcohol neurotoxicity », in *Neurotoxicology*, 1994, 15, pp. 555-566.
12. O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., et al., *Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study*, 1992, 49, pp. 881-7.
13. Paille, F., Guelfi, J., Perkins, A., et al. (1995) « Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol », in *Alcohol and Alcoholism*, 1995, 30, pp. 239-247.
14. Schuckit, M. et Tipp, « Comparaison of induced and independent major depressive », in *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154, pp. 948-957.
15. Schuckit, M. A., « Alcoholic patients with secondary depression », in *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140, pp. 711-715.
16. Sellers, E., Naranjo, C., Harrison, M., et al., « Diazepam loading: Simplified treatment of alcohol withdrawal », in *Clinical Pharmacology and therapeutics*, 1983, 34, pp. 822-826.
17. Volpicelli, J. R., Alterman, A. I., Hayashida, M., et al., « Naltrexone in the treatment of alcohol dependence », in *Arch Gen Psychiatry*, 1992, 49, pp. 876-880.
18. Williams, D. et McBride, A. J., « The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review », 1998, 33, pp. 103-15.
19. Zilm, D. et Sellers, E., « Propanol effect of tremors in alcohol withdrawal », in *Am. Intern. Med.*, 1975, 83, pp. 234-236.

CURE DE DÉSINTOXICATION. PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE À PARTIR D'UN CADRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE

Dr Marc Derely, Chantal Dermine

La clinique La Ramée à Bruxelles est une clinique indépendante de 100 lits de psychiatrie générale.

Depuis 1992, elle abrite une unité de traitement des « assuétudes » spécialisée dans la prise en charge des patients dépendants (alcool, médicaments et, plus généralement, « pathologie des excès »).

Dans ce cadre, nous organisons une prise en charge multiaxiale de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance. Cette prise en charge s'adresse à toute personne dépendante, de l'alcool ou de médicament, qui désire se sortir de sa maladie et qui adhère à notre prise en charge globale. Ce type de prise en charge se démarque totalement de la classique « cure de désintoxication » pratiquée dans la plupart des hôpitaux de médecine générale, car il est organisé autour d'un « processus » et non du traitement d'un symptôme (« l'abus »).

De manière générale, la philosophie du projet thérapeutique s'organise autour des constatations suivantes:

- Le traitement de la dépendance à l'alcool ou aux médicaments nécessite une prise en charge thérapeutique de 2 ans minimum.
- On ne peut considérer la sortie de la maladie par le seul arrêt du symptôme, car elle nécessite pour le patient un réel réaménagement de sa vie.
- On ne parle pas de guérison mais de stabilisation.
- Le patient à la sortie garde la liberté et la maîtrise de son symptôme et de ses rechutes...
- Les réhospitalisations lors de rechute ne sont pas considérées comme une nouvelle « cure » ou un « échec », mais comme la continuation du processus thérapeutique déjà entamé.

Les conditions d'admission

Ce programme s'adresse à des patients encore insérés dans le tissu social, et, si

actualités de l'alcoolisme

possible, familial et professionnel. C'est presque toujours autour d'une menace de rupture de ce tissu que les demandes de traitement sont formulées. Un contact ou des consultations préalables sont requis afin de permettre au patient de réaliser que l'on ne peut considérer le temps hospitalier de la « cure » comme suffisant mais, seulement, comme un point de départ généralement nécessaire. Ils doivent aussi permettre d'élaborer un projet à long terme bien au-delà de cette hospitalisation. Le premier temps hospitalier pour une « cure » est d'un minimum de 3 semaines. Pendant cette période, les patients s'engagent :

- À accepter un isolement complet la 1^{re} semaine (sans visite, ni téléphone, ni sortie). Coupure difficile mais indispensable pour permettre au patient de se séparer tant de son produit que de son environnement familial, social et de toute autre forme de dépendance.
- À participer à toutes les réunions spécifiques prévues dans le programme.
- Les deux autres semaines sont organisées sur un mode structuré pour permettre au patient d'organiser sa sortie et son programme de postcure.

Il est souvent nécessaire de prolonger le séjour au-delà de ce temps de trois semaines quand le projet de postcure n'est pas suffisamment élaboré. Cet engagement se fait lors des consultations préliminaires indispensables à l'hospitalisation. Plus ce travail préliminaire est élaboré, plus l'efficacité de ce temps de cure sera conséquente et solide. La famille ou le conjoint s'engage aussi à participer activement au projet thérapeutique prévu pour eux.

La prise en charge multiaxiale

Elle comprend :

- Un temps de traitement médical et diagnostique :
 - Traitement de la dépendance physique par des médicaments à doses dégressive, la réhydratation, la vitami-nothérapie...
 - Bilan neuro-psychologique concernant les facultés de perception, mémoire, concentration...(test en début et en fin de séjour).
- Un temps de prise en charge psychothérapeutique :
 - Une prise en charge institutionnelle basée sur une participation à des groupes.
 - Des consultations de famille ou de

couple qui se poursuivront au-delà de l'hospitalisation.

- Des entretiens individuels à visée psychothérapeutique.

Pendant toute cette période d'hospitalisation, le patient est suivi par une infirmière psychiatrique référente qui coordonne ce temps hospitalier et qui aide le patient à organiser son programme de post-hospitalisation personnalisé.

L'organisation des groupes

Comme la plupart des centres du même type, nous avons développé une prise en charge de la dépendance par le biais de groupes animés par une équipe multidisciplinaire : psychiatre, psychologue, infirmier, ergothérapeute, assistant social, kiné, animateur... Ces groupes sont composés de 10 à 16 patients. L'expérience de chacun est extrêmement utile aux autres. Elle leur sert de miroir, de support. De nombreux patients ont bénéficié de cette organisation et nous pouvons donc témoigner de l'intérêt évident d'une telle prise en charge, tant du point de vue thérapeutique que pour la dynamique du séjour hospitalier des patients. Ces groupes se déroulent de la manière suivante :

• Les groupes internes (pendant l'hospitalisation)

Le groupe « Médical »

Il est animé par les psychiatres de l'Unité, 1 fois par semaine, le matin de 9h30 à 10h30.

Le but de ce groupe est de permettre à chaque patient de poser des questions d'ordre médical concernant la maladie alcoolique, le cadre de la prise en charge pendant deux ans et le traitement. Toutes les questions y sont abordées d'un point de vue psychiatrique qui va de la gestion du symptôme à la prise en charge de l'alcoolisme dans son champ social et psychiatrique. Son projet est pédagogique et informatif.

Les groupes « Dépendance »

Il est animé par l'équipe des psychologues, 3 fois par semaine, le matin de 9h30 à 10h30.

Le but de ces groupes est d'analyser le rapport du patient à sa structure de personnalité dépendante. Ils fonctionnent avec ou sans support.

• Sans support :

Ce groupe a comme objet d'approfondir des questions liées à la problématique de

dossier

dépendance, les conséquences qu'engendre la prise de toxique, la nécessité d'un réel changement de vie.

- Avec support :

À partir d'un film projeté la veille (1 fois par semaine).

Le film, le plus souvent grand public, est sélectionné en fonction de son rapport avec les questions de dépendance (toxique, affective, professionnelle, jeux...). Il sert de levier pour permettre à la discussion d'élargir la question de la prise d'un toxique à celle de la dépendance.

Un nouveau groupe vient d'être instauré (1fois par semaine, 1h30), organisé par un psychologue et un ergothérapeute.

Il est appelé « groupe village », les patients, en groupe, participent par le travail de la terre à élaborer un village. Ce support a pour intérêt de stimuler les patients à prendre une part active et constructive dans un cadre groupal (cf. Michèle Monjaube, *La problématique alcoolique*).

Le groupe « Abstinence »

Il est animé par une assistante sociale et les infirmières du service.

Ce groupe interroge la place du symptôme « alcool » ou « médicament » dans l'organisation psychosociale du patient.

Son but est de permettre au patient de concevoir de vivre sans son symptôme (alcool ou médicament) dans son milieu familial, social et professionnel.

Les groupes « Alcooliques Anonymes »

Il a lieu 1 fois par semaine. Ce groupe des Alcooliques Anonymes, proche de la clinique, organise une permanence le soir avant leur réunion. Les patients qui le souhaitent sont autorisés et vivement encouragés à participer à leurs réunions.

En dehors de cette organisation de ces groupes spécifiques pour les patients poursuivant la cure, tous bénéficient de l'infrastructure de la clinique (sport, ergothérapie, activités thérapeutiques diverses...).

- Les groupes externes (postcure)

Dans le prolongement du temps hospitalier et afin de poursuivre la philosophie de traitement basée sur le minimum de deux ans de suivi, nous avons organisé, dans le cadre de la clinique, des activités de postcure en groupe. A côté de

ceci, nous encourageons vivement les patients à poursuivre ou à instaurer leur prise en charge avec leur psychiatre, et, d'autre part, nous conseillons la mise en route de psychothérapie tant individuelle que de couple.

Le groupe « Paroles de Femmes »

Il est animé par un psychologue et un infirmier et il est ouvert à 10 patients environ, une fois par semaine.

L'expérience nous a montré que beaucoup de femmes alcooliques au-delà de la quarantaine sont laissées pour compte. Depuis octobre 1994, nous avons donc organisé des groupes à leur intention. Ils s'adressent à des femmes dépendantes de l'alcool ou d'un autre toxique afin de leur permettre d'enfin parler d'elles aux autres participantes du groupe et d'être entendues par le groupe. C'est la dynamique d'interpellation des unes par les autres qui leur permet, à partir de là, de pouvoir s'affirmer à l'extérieur.

Les groupes de couple

Il est animé par un psychiatre et un psychologue, 1 soir tous les 15 jours.

Les structures hospitalières étant peu adéquates pour permettre au conjoint de s'impliquer dans le processus thérapeutique, nous avons organisé des « groupes de couples ». Ces groupes ont débuté au mois de novembre 1992. Ils ont lieu deux fois par mois, le soir. Ils sont ouverts à 6 couples environ dont l'un des conjoints a été traité pour un problème d'assuétude. C'est un groupe externe dont l'objet est d'analyser la nouvelle dynamique de couple à l'épreuve de l'abstinence et d'aider le conjoint à sortir d'une situation culpabilisante nommée le co-alcoolisme.

Le groupe « sportif »

Il est animé par un psychologue, un animateur sportif et un infirmier, il est ouvert à 15 patients environ.

Le groupe fonctionne depuis septembre 1993. Son but est de permettre au patient un travail de « réconciliation » avec son corps. Il est ouvert aux patients qui le souhaitent, en postcure, après l'hospitalisation. Chacun s'engage à y participer de manière régulière (c'est-à-dire hebdomadaire). Après l'accueil, chaque séance est divisée en 3 temps : un temps de gymnastique (power training), un temps de jeu (badminton, volley...), un temps de parole autour d'un café.

actualités de l'alcoolisme

Le groupe étant, à notre avis, un outil particulièrement efficace avec ce type de pathologie, l'équipe reste en constante réflexion afin d'élaborer d'autres groupes pour aborder le problème de dépendance via d'autres outils de médiation par exemple le corps, la dimension de création...

Notre philosophie de travail se base sur l'abstinence totale pendant toute la période de traitement de deux ans. Seul l'arrêt total de l'assuétude permettra au patient de reconstruire sa vie sans ce symptôme dévastateur. Notre équipe thérapeutique sera constamment vigilante pour soutenir le patient et l'aider à éviter de retomber dans ses propres pièges.

Notre expérience de dix ans avec ce modèle nous conforte dans l'idée de poursuivre et de continuer à développer cette approche globale.

Dr Marc Derély

*Psychiatre, chef du service Alcoologie,
groupe hospitalier La Ramée, Bruxelles.*

Chantal Dermine

*Psychologue, psychothérapeute,
groupe hospitalier La Ramée, Bruxelles*

DE QUELQUES AMÉNAGEMENTS DANS LES SOINS PSYCHANALYTIQUES AUX ALCOOLIKES

Dr Thierry Florentin

Il y a encore une quinzaine d'années, la prise en charge psychanalytique des alcooliques ne déclenchait pas particulièrement des controverses passionnées au sein des associations de psychanalystes.

La meilleure connaissance des auteurs anglosaxons, l'ouverture à l'environnement du sujet qu'a apporté la pensée systémique, ainsi que l'apparition de nouvelles molécules thérapeutiques telles que l'acamprosate, destinées à apaiser les chemins biologiques des pulsions sans pour autant entraîner de sédation ni écrêter le psychisme, ont cependant contribué à aménager au fil des ans un nouveau regard des psychanalystes dans leurs relations avec les patients alcooliques.

Il convenait cependant de donner un cadre minimal de base à ce dont on parle, et à ce que l'on se propose de traiter.

L'alcoolisme ne peut être considéré comme un symptôme, dans la mesure où il n'est pas en soi une production de l'Inconscient. Il n'est pas produit par le sujet, mais constitue le recours à un produit chimique qui est par sa nature extérieur au sujet. Le phénomène d'alcoolisation représente un passage à l'acte, un Agir du sujet au regard d'une pression psychique interne. Le produit alcool ayant ses propriétés pharmacologiques propres, il ne peut s'agir de décréter une quelconque supériorité du psychisme sur la biologie, tout comme il est aussi vain (et souvent même dangereux) de décréter une suprématie de la biologie sur le psychisme. Ni l'un, ni l'autre ne se laissent gouverner par décret. Ni l'un, ni l'autre n'ont jusqu'ici fait la preuve de leur supériorité définitive.

Ainsi donc, en dehors de rares cas où ce sont les conduites d'alcoolisation qui sont problématiques, à visée désinhibitrices, contra-phobiques, ou autres, la prise en charge de l'alcoolisme par les psychanalystes a pour objectif, non négligeable cependant, de réconcilier le sujet avec la vie, et de lui redonner le goût (!), l'envie, de reprendre sa destinée humaine en mains. (« J'ai mis devant toi la vie et la mort, la bénédiction et la malédiction : tu choisiras la vie », Deutéronome 30,19). Il n'y a aucun échappatoire à la nécessité d'entreprendre un traitement médical de la dépendance lorsque celui-ci s'impose, et d'en effectuer les démarches appropriées, et ce de manière déterminée.

Ce déni de la pharmacologie a déconcerté les psychanalystes de la troisième génération (De Mijolla, Shentoub, Clavreul,...) mais n'a pas échappé à ceux de la quatrième génération (Descombey,...) et suivants. Ce débat n'est donc semble-t-il plus d'actualité, en dehors des historiens de la psychanalyse, ou de ses ayatollahs.

Si la pression psychique qui pousse à la décharge par le biais de l'alcoolisation n'est pas une production de l'Inconscient, mais une résultante, alors il convient de repérer les constituants de cette pression psychique.

Force est de reconnaître qu'il est très difficile d'identifier du refoulement à l'œuvre, mais plutôt des éléments, événements et souvenirs. Ces événements

dossier

et souvenirs peuvent être qualifiés de réprimés, tant vis-à-vis de leur évocation, que de leur présence dans le psychisme, parce que producteurs d'un trop-plein de souffrance et de douleur.

Ces éléments et souvenirs réprimés s'apparentent aux traumatismes, tels qu'en donnent la définition Laplanche et Pontalis dans leur *Vocabulaire de la Psychanalyse* : « Élément de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité du sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet, et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations ».

Cette notion de la relativité du trauma est particulièrement importante pour la clinique, car elle ne laisse aucune place au *pathos*, dans sa dimension anecdotique, mais permet de se recentrer sur le sujet.

L'inceste et le viol pendant la petite enfance ont là la même importance qualitative, et la même temporalité que les exactions commises ou subies en Algérie ou en Serbie (bourreaux et victimes sont dans ce domaine à la même enseigne), la rupture conjugale d'hier, ou le harcèlement professionnel d'aujourd'hui. Le temps ne fait pas spontanément œuvre réparatrice.

Il convient donc de se pencher sur au moins deux éléments résultants : la désorganisation pulsionnelle, et le besoin de reconnaissance par l'autre du trauma.

I. Le besoin de reconnaissance

La première étape, fondatrice des soins, est que l'analyste ne reste pas sourd, et qu'il puisse exprimer à son patient sa reconnaissance du trauma, en tant qu'ayant réellement existé.

C'est un préalable à sa résolution, et pour mettre fin à l'accumulation des situations dramatiques que l'on observe chez certains patients, ainsi qu'à la répétition itérative des traumatismes qui se succèdent semble-t-il sans fin dans leur vie, par sidération de toute symbolisation possible.

L'attitude analytique classique de la neutralité et du silence n'ont pas lieu d'être.

Il faut accepter l'idée que pour recouvrir le trauma, le patient a besoin de la présence humaine et de la main tendue de l'autre.

On ne sort pas du trauma tout seul, et en tous les cas pas spontanément, à la différence d'une névrose, que certains événements de la vie permettent d'atténuer (mariage heureux, maternité, etc.), ou de la psychose, dont Winnicott écrivait que la vie ordinaire pouvait fournir des occasions curatives : « les amitiés, les soins au cours de maladies physiques, la poésie, etc. »

II. La désorganisation pulsionnelle. Construire l'histoire

Reconnaître le trauma, c'est également le reconnaître en tant que désorganisateur de la psyché.

Il n'est encore une fois d'aucune actualité, dans la pathologie alcoolique, de tenter de retrouver du sens à partir d'éléments œdipiens refoulés, qui ne sont pas présents au devant de la scène, n'apparaissent que de façon nullement évidente. Forcer le patient à tirer son histoire vers un registre libidinal apparaît ici comme un contre-sens, indéfendable techniquement (une « exacerbation du travail de mort » selon Nathalie Zaltzman)

Il s'agit plutôt de construire du sens, et des liens, à partir d'une histoire individuelle marquée par l'explosion et le chaos qu'a occasionné le trauma.

De donner sens à du récit, et à une histoire de vie, de retrouver et de reconstruire du sujet, à partir de ses besoins, et de lui permettre de s'imaginer enfin un présent et un avenir.

Dr Thierry Florentin
Psychiatre, psychanalyste, Paris

LES ENFANTS DE PARENTS ALCOOLIQUES

Dr Philippe Michaud

Une situation fréquente

Puisqu'en France 1,5 à 2 millions de personnes sont dépendantes de l'alcool aujourd'hui, cela signifie que la probabilité d'être à un moment de sa vie dépendant est encore plus importante, car cette dépendance met du temps à s'installer: 5 à 20 ans habituellement après la régularisation de l'usage, qui se situe dans la 2^e ou la 3^e décennie de la vie. La dépendance à l'égard de l'alcool s'« épanouit » ainsi à l'âge de la parentalité, d'où la fréquence élevée des situations où « quand les parents boivent, les enfants trinquent »: probablement 10 à 20 % des enfants connaissent cette situation avant leur entrée dans l'âge adulte.

Les conséquences sur les enfants des problèmes d'alcool des parents sont cependant très variables: les risques encourus sont en effet à court, moyen ou long terme, et dépendent beaucoup de facteurs comme la « survie » de la famille, son organisation systémique, la résistance du conjoint du dépendant, l'âge où les problèmes se produisent.

Les troubles caractériels du patient (de la patiente) alcoolodépendant(e) sont à l'origine de difficultés chez ses enfants: l'anxiété et l'irritabilité sont parmi les premiers signes de dépendance; l'« absence » notamment le soir provoque une défaillance parentale; les enfants sont souvent pris à témoin du conflit conjugal qui s'organise autour de l'alcool, voire sommés de prendre parti. Mais surtout les enfants se mettent à vouloir protéger leur parent malade des conséquences de sa dépendance (les enfants sont parentalisés).

Ces difficultés ne prennent pas une forme symptomatique univoque, notamment parce que l'enfant peut adopter une posture variable dans le système familial: le héros, le sauveur, le bouc émissaire, le clown, l'homme invisible... Mais comme pour le conjoint, la codépendance et l'épuisement ne sont jamais très loin.

L'enfant ne rejette pas son parent malade, mais cherche plutôt à l'excuser et à le protéger: il n'y a donc pas de demande d'aide explicite, ni de symptomatologie spécifique. Mais la difficulté des adultes à aborder avec lui la question de l'alcool amène souvent l'enfant à douter de ses perceptions et à se renforcer dans son rôle défensif. L'adolescent aura au moins la ressource de s'opposer, et les formes de ses difficultés seront donc plus souvent « symptomatiques », mais cela ne signifie pas qu'elles soient pour autant plus faciles à aborder.

Les difficultés financières chroniques (un tiers du revenu est consacré en moyenne à l'entretien de la dépendance), la négligence des besoins psychiques et/ou physiques des enfants, la violence conjugale ou à l'encontre des enfants, les accidents domestiques ou de la voie publique, les abus sexuels incestueux, tout cela peut, avec une fréquence difficile à évaluer, être le lot de la famille d'un parent alcoolodépendant.

Les risques chroniques portent surtout sur la probabilité élevée d'une dépendance acquise tôt (alcool et/ou autre toxique) ou de troubles psychiques et comportementaux. Il est en effet connu depuis longtemps que les enfants de parents alcooliques ont un risque très augmenté de devenir eux-mêmes ultérieurement alcoolodépendants. La question du mode de transmission intergénérationnelle de cette « tendance » est débattue depuis un siècle, et, s'il y a des arguments assez solides en faveur d'un facteur de « susceptibilité » génétiquement transmis, ce qui se manifeste notamment par une tolérance innée plus importante chez les enfants de malades de l'alcool, tous les auteurs considèrent qu'il faut aussi des conditions de milieu déterminantes pour développer une dépendance, et la famille transmet aussi les conditions de vie, les croyances, les modèles comportementaux.

Comment prendre en compte la situation des enfants de parents alcooliques?

Si l'on veut avoir une attitude raisonnable en matière de risque alcool chez les enfants, il faut y penser toujours et en parler souvent: le sous-repérage de ces situations est flagrant dans toutes les institutions qui s'occupent de l'enfance et de l'adolescence,

actualités de l'alcoolisme

dossier

où l'on ne prend en compte que les plus caricaturales. Plaident pour une attitude assez systématique la fréquence élevée des problèmes considérés, le caractère non spécifique de la symptomatologie présentée par l'enfant, la gravité potentielle des situations.

En outre, s'habituer à aborder de façon directe la question de l'alcool, sans attitude de jugement, sans menace, permet de constater que ce qu'on appelle le « déni », décrit jadis comme l'apanage de l'« alcoolique », doit plus souvent être rapporté à l'attitude des professionnels. En évitant la confrontation lors des entretiens, en développant une attitude d'alliance avec les patients ou les usagers, les professionnels évitent de provoquer les réactions défensives de dénégation.

Poser le diagnostic est utile pour intervenir auprès de l'enfant, dont la souffrance est presque complètement déterminée par l'évolution du trouble parental, et aussi pour aider le parent malade à aborder le soin. Un entretien avec l'enfant permet de reconnaître le trouble du parent. S'il n'y a pas urgence, pour éviter une intrusion, il faut savoir attendre le moment propice. Ce dialogue sur la question de l'alcool dans la famille peut être refusé par l'enfant, et il n'est pas souhaitable d'insister devant ce refus, sauf, encore une fois, si le risque perçu est trop grand. Ceci peut donc prendre du temps, mais l'enfant ne tardera pas à parler avec soulagement d'un phénomène le plus souvent éludé par tout son environnement, et surtout les adultes. Il faut qu'il soit convaincu que « parler » n'est pas destiné à « sanctionner » mais à aider.

Voir les parents ne peut se faire qu'avec son accord, dans un projet validé par l'enfant. Cela peut aller de l'intention de l'aider sur le plan scolaire au projet de soin pour le parent, selon ce qui paraît légitime au professionnel comme à l'enfant. La rencontre avec les parents doit se faire avec l'enfant, afin qu'il puisse contrôler ce qui se dit. Il peut être prudent d'être deux professionnels pour une telle rencontre, afin qu'un des deux reste perçu comme l'allié privilégié de l'enfant. Des informations extérieures au système familial peuvent parvenir à l'intervenant, et elles sont souvent sources de données fondamentales... mais difficiles à utiliser.

Elles nécessitent d'inclure dans le projet les personnes qui sont à la source de ces informations, et c'est une des raisons qui justifient le travail en réseau dans ces circonstances.

En pratique, que doit-on faire pour prendre en compte les situations des enfants de parents alcooliques ?

Pour mémoire, nous voulons rappeler que la prévention est utile et efficace, par exemple pour réduire la fréquence des syndromes d'alcoolisme fœtal. Mais notre sujet nous amène plutôt à montrer comment la prévention des conséquences de l'alcoolodépendance parentale sur l'enfant est possible : grâce à la prise en charge du patient, grâce au renforcement du conjoint et/ou du système familial, et par une écoute individuelle ou en groupe de la souffrance de l'enfant.

La prise en charge des enfants en souffrance passe en premier lieu par un renforcement des capacités d'intervention des personnes du secteur de l'enfance : la formation à l'alcoolologie doit viser surtout un changement des représentations, pour que s'allège voire disparaisse ce poids de fatalisme qui est souvent le principal obstacle à la prise en charge ; de même, un soutien psychologique des professionnels doit leur permettre de repérer les contre-attitudes qui font obstacle à l'intervention et qui sont la traduction défensive du sentiment d'impuissance. Et cela passe aussi par le travail en réseau, qui permet que se partagent à la fois les préoccupations et les pratiques.

Tout cela doit concourir à l'établissement d'une relation d'aide avec cet enfant, dont l'objectif n'est pas nécessairement de le confier à un spécialiste, ni d'amener le(s) parent(s) au soin, car s'il est nécessaire quelquefois d'agir en urgence, le plus souvent il est urgent de prendre son temps.

Une intervention rapide est obligatoire si l'on découvre une violence physique, ou une intrusion sexuelle d'un adulte, si l'on estime que l'enfant est en état d'abandon (maltraitance « par omission ») ou s'il manifeste des symptômes dépressifs.

Devant une situation de violence ou de passage à l'acte sexuel, tout adulte est délivré du devoir de secret professionnel

actualités de l'alcoolisme

pour mettre en œuvre ce qu'il est convenu d'appeler un « signalement ». Il doit être adressé auprès du procureur de la République; ou, dans des cas moins graves qui ne sont pas du registre pénal, à une « commission d'évaluation », ce qui peut se faire avec une proposition de soin concomitante. Les suites d'un signalement auprès du parquet sont pénales et/ou éducatives. Il n'y a pas automatiquement « placement ». Les suites d'une évaluation en commission peuvent être la transmission au parquet, la proposition d'une « aide éducative en milieu ouvert », le classement sans suite, éventuellement avec réévaluation prévue.

Mais la plupart du temps, l'étayage des enfants est une réponse suffisante, qui cherche à lui permettre de se dégager de sa position défensive. Cela peut passer par une relation individuelle non spécifique, ou par un travail en thérapie (rarement accepté), ou en thérapie familiale (peu de lieux où elle se pratique), ou enfin en groupes de jeunes (notamment Alateen, mais ces groupes sont globalement rares en France). La prise en compte de la dépendance du parent peut être induite par une intervention directe (proposition) ou par le remaniement familial.

Il nous paraît important d'insister sur la nécessité d'aider les adultes : professionnels, bénévoles ou proches, car intervenir dans ces situations mobilise une forte charge affective. La pratique de groupes de type Balint permet de renforcer les professionnels dans leur capacité d'écoute et d'intervention adaptée. Elle aide à temporiser quand il faut, sans sombrer dans le déni; elle allège le poids de culpabilité entraîné par les sentiments d'échec; elle permet de renforcer le fonctionnement de réseau chez les professionnels qui s'y prêtent.

En conclusion...

Dix à 20 % des enfants connaissent une période où ils sont confrontés à la dépendance alcoolique du père (3/4 des cas) ou de la mère. Ces enfants ont un risque à court terme: la maltraitance, et sa forme subaiguë, la parentalisation. Ils ont un risque à long terme: devenir à leur tour malades de l'alcool (risque d'autant plus élevé que la famille est « riche » d'antécédents de même nature).

La réponse adaptée est complexe. Il faut en effet améliorer le repérage de ces situations, savoir mettre des mots sur les choses, et cela nécessite de changer les représentations des professionnels des champs médico-social et éducatif. Cette réponse passe par l'aide apportée aux enfants et aux parents, qui doit être aussi précoce que possible, pour éviter les situations judiciaires, les traumatismes majeurs, mais aussi multiforme, selon les ressources du réseau.

Des expériences (rares en France) montrent que la sensibilisation des professionnels amène une multiplication des situations repérées. D'autres (surtout aux États-Unis) laissent espérer que la consolidation du conjoint et/ou du patient et/ou du système et/ou de l'enfant lui évitent des problèmes d'adaptation à court et à moyen terme. Ces expériences ont pour point commun la volonté de prévenir le plus grave en proposant de l'aide dès qu'une situation est repérée: c'est pourquoi nous appelons à développer ce type d'attitude et à évaluer leur impact sous nos latitudes. Il est temps en tout cas de sortir de la cécité où le dispositif médico-psycho-social s'est trop longtemps maintenu, et de développer des réponses qui permettront, nous l'espérons, d'éviter de nombreux placements.

Dr Philippe Michaud

Médecin alcoologue au Centre de cure ambulatoire de Gennevilliers.

Attaché de consultation à l'Hôpital Beaujon, Clichy.

Responsable du programme de prévention secondaire « boire moins c'est mieux ».

L'ALCOOLISME AU FÉMININ OU LA QUESTION DE L'EMPRISE

Blandine Faoro-Kreit

Si l'alcoolisme pour un homme est une chose grave, ce l'est bien davantage encore lorsque c'est une femme qui est sous l'emprise de la boisson. Je tenterai ici de décrire la gravité et la complexité du problème lorsqu'il se met au féminin.

D'entrée de jeu, on peut déjà dire que ce sont ces images de la « femme » ou encore de « la féminité », que chacun a au fond de soi, qui sont malmenées quand une femme se présente en état d'ébriété, ou laisse apparaître les ravages dus à l'alcool. C'est en cela que c'est insupportable. Ces images renvoient à un idéal de pureté, de douceur et du maternel.

Si donc, malgré cette attente sociale et cette pression à répondre à ces idéaux, la femme ose encore boire, c'est que c'est vraiment la seule issue qu'elle ait pu trouver à une souffrance indicible et parfois qu'elle ne repère pas elle-même.

Accent de gravité à souligner et dont paradoxalement il faut voir le bien fondé dans une tentative extrême de survie.

Nathalie Zaltzman (1984), à propos de la pulsion anarchiste, a développé la notion d'« expérience limite » en tant que situation mentale d'urgence pour la survie psychique, l'urgence étant de démontrer qu'on est en vie en s'exposant à la mort jusqu'à faire fi du respect des réalités biologiques. « Le recours aux limites du corps, dit N. Zaltzman, est le seul qui reste parfois à un sujet pour se soustraire précisément à un excès d'emprise mentale d'un autre, à une emprise mentale potentiellement mortifère parce qu'exclusive d'un choix ou d'un refus de la vie qu'un autre s'est approprié à la place du sujet ». C'est une façon, dirait-on, de reprendre la maîtrise de sa vie et non plus de la subir, de récupérer les rênes de son existence, quel que soit le prix qu'il faille payer. Or, c'est bien ce que nous apprend la pratique clinique avec la patiente alcoolique, (davantage qu'avec l'homme

alcoolique), c'est qu'il s'agit d'emblée d'échapper à l'emprise, et même, et peut-être surtout, thérapeutique.

De là à poser l'hypothèse que la femme dépendante de l'alcool a eu à subir une plus grande emprise maternelle dévastatrice et mortifère que l'homme alcoolique et que tout rappel dans une relation nouvelle de ce qui pourrait être pris pour une mainmise sur elle-même ou sur l'organisation de sa vie provoque une angoisse terrifiante qu'il faut fuir et court-circuiter aussitôt.

Lors de ces premiers échanges mère-enfant, jusqu'où il nous faut remonter, il est à noter que la souffrance psychique ne se distingue pas de la souffrance physique. Tout est intimement mêlé, et c'est ce que nous pouvons constater chez l'adulte dépendant.

C'est donc bien à un corps autant qu'à un cœur blessé que nous nous adressons et que je tiens à prendre en compte chez ces femmes qui sont prises dans ces actes compulsifs de boire. C'est donc d'abord de ce corps dont il sera question, de ses limites et de ses contours imbibés. On ne peut faire l'économie de ce travail préalable, avant de voir à quel fantasme, à quels affects et à quel défaut du symbolique tout ceci renvoie.

Selon moi, la femme alcoolique aurait eu à subir une emprise maternelle violente dès les premiers moments de son existence et qui aurait touché le corps même. C'est le terme de « marquées au fer rouge » qui me vient spontanément à l'esprit, quand j'évoque ces femmes qui, pour reprendre une expression de M.-C. Célerier, « n'ont pas appris à un être une bonne mère pour leur corps ». Si l'auteur situe cette attitude, pour la pathologie psychosomatique quand le « holding » semble avoir été défaillant, que dire lorsque le corps a été réellement agressé? Ce qui me semble confirmer cela n'est pas le récit ou la parole de la femme alcoolique, qui se doit de sauver à tout prix l'image d'une mère idéale, mais bien plus le peu de soin et de respect fondamental qu'elle peut apporter à son propre corps, et sa fuite désespérée de toute emprise. Et si parfois, certains faits terrifiants de cette relation mère-fille ne sont rapportés, cela sera dit d'une façon désaffectée et banalisée.

actualités de l'alcoolisme

La souffrance corporelle peut même devenir une fin en soi, une façon d'être, de s'identifier, qu'il sera difficile d'arrêter. C'est une façon de réintégrer ce corps, de se le réapproprier, même s'il faut en payer le prix et aller jusqu'aux limites du biologique.

Ce corps souffrant peut apparaître sous divers aspects, tantôt victime, tantôt persécuteur, inhabité, désaffecté et même avec peu de place où se situer spatio-temporellement.

Cela revient à dire que, chez ces femmes, la dimension persécutrice sera directement proportionnelle à ce qu'elles auront vécu et reçu comme destruction corporelle et mentale. Cette haine destructrice tournée vers soi laisse supposer une haine terrifiante vis-à-vis de l'autre destructeur qui ne pourrait qu'anéantir l'autre et soi-même.

Face à une telle pulsion destructrice, l'idéalisation maternelle, tout comme le retournement sur soi de la haine est bien une façon de maîtriser cette situation terrorisante. Cela devient même une condition de survie.

C'est aussi une façon de dénier cette perception impossible à penser que sa mort peut être voulue par un autre. La compulsion mortifère sur son propre corps renvoie au désir inconscient d'un autre qui pourrait se satisfaire de cette mort.

Boire, c'est donc une façon inconsciente de se soustraire à une emprise mortifère, tout en répondant à un désir inconscient mortifère en prenant cette place de « mort vivant ». Il faut donc se tuer physiquement pour vivre psychiquement.

Que peuvent attendre ces femmes d'une relation thérapeutique ? Voilà bien une question impossible et qui ne fait que mieux renvoyer au paradoxe dans lequel elles sont prises. Elles veulent tout et rien à la fois. Elles voudraient que nous soyons tout et que nous puissions tout et, d'autre part, que nous soyons rien et que nous ne puissions rien, dans la trop grande crainte d'une manipulation ou emprise à subir.

Inévitablement, le thérapeute est situé comme un substitut de mère primitive,

excessivement bonne ou bien excessivement mauvaise. L'une comme l'autre était tout aussi difficile à supporter.

Demander quelque chose à quelqu'un, recevoir quelque chose de quelqu'un, c'est reconnaître que l'on dépend de lui et plus grave, que l'on a besoin de lui. Ici cela sera très vite traduit par « être à la merci de », « sous la coupe de », dans un rapport de force où il n'y a jamais qu'un seul gagnant.

Voilà l'impasse dans laquelle va se trouver la femme alcoolique coincée entre l'illusion de la puissance bénéfique du thérapeute et l'illusion d'être dans les rets d'une sorcière malveillante.

Et c'est dans ces premiers moments de rencontre, ce qui sera testé. Ce « psy » peut-il supporter cette impuissance à pouvoir faire quelque chose ? A-t-il besoin d'une réussite pour lui-même ? A-t-il besoin d'elle finalement, dans une « objectivation » qu'elle n'a que trop connue ?

C'est ce qui sera mis à l'épreuve tout au long de la cure et que le thérapeute doit savoir. Si, comme le dit M. Monjauze (1991), « il accepte de s'engager dans la voie étroite que le patient va lui imposer et où ses limites seront, dans tous les sens du terme, plus qu'avec toute autre pathologie, mises à l'épreuve du paradoxe ».

C'est dire toute l'importance qui sera accordée au cadre, comme je l'ai développé par ailleurs (2000). Il faudra continuellement s'ajuster à ce qui peut être supporté par ces patientes, ce qui nécessite énormément de souplesse. Mais, comme le dit M. Monjauze, « pour avoir des limites suffisamment souples, il faut les avoir solides ». Ceci suppose un travail sur soi-même plus sollicitant encore que dans d'autres prises en charge et qui renvoie à ses propres détresses primitives d'impuissance, d'abandon et de désespoir.

Blandine Faoro-Kreit
Psychanalyste

DU BON USAGE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DE RELAXATION EN ALCOOLOGIE, D'APRÈS UNE ÉTUDE COMPARATIVE

Marie-José Hissard

De janvier 90 à novembre 97, j'ai rencontré 100 patients alcooliques, 25 en libéral, et 75 dans le service ambulatoire d'alcoologie de l'hôpital Beaujon à Clichy, (le STAMA avec le professeur B. Rueff, devenu l'UTAMA avec le docteur P. Batel) dont 55 ont effectué un parcours psychothérapique en relaxation et/ou entretien inférieur, égal ou supérieur à 18 mois (de 2 mois jusqu'à 6 ans 6 mois). Une analyse quantitative des résultats comparés à ceux d'une étude EVA multicentrique et prospective de la Société Française d'Alcoologie réalisée à partir d'un échantillon de 1043 patients par J-P. Favre et C. Gillet sur le devenir à 5 ans de 466 patients alcoolodépendants, élargit une première étude (Hissard 1995) et permet de considérer certains de nos résultats comme significatifs.

A l'hôpital, sur l'indication d'un alcoologue le plus souvent, et après un entretien anamnestique avec moi, une relaxation peut être engagée en groupe « fermé », de 2 à 4 personnes, une heure par semaine, pour « voir » d'abord, et ensuite pour « assez longtemps ». Il n'y a pas d'autre entretien avec moi, à moins de circonstances exceptionnelles (absence des co-relaxants ou demande en libéral). La plupart sont suivis parallèlement, rarement par un psychanalyste, le plus souvent une fois par semaine puis une fois par mois par un médecin alcoologue, ou parfois par un psychiatre.

Dans mon cabinet, après entretien anamnestique, la relaxation n'est pas forcément proposée immédiatement ; un temps d'entretiens peut la précéder ou par la suite, s'insérer par séquences, ou encore suivre la relaxation. Le quart de ces patients ne voit aucun autre soignant. Certains patients ne sont pas intéressés par la relaxation et demandent des entretiens. Autant à l'hôpital qu'en privé refusent de poursuivre (36 et 32 %)

Je travaille à partir d'une base de relaxation statico-dynamique (ou méthode Klotz-Jarreau) qui mêle Schultz et Jacobson et utilise les respirations du Hata-Yoga : la conscience corporelle y est fortement accentuée, au niveau de l'enveloppe musculaire et au niveau du dedans viscéral, dans l'immobilité comme en mouvement, allongé, assis ou debout. A chaque fois que c'est évident, je mets en rapport le travail corporel avec les attitudes psychiques, le ralentissement de mouvements à peine extraits de l'inertie permettant d'affiner perceptions somatiques et psychiques.

Les entretiens sont en face-à-face d'inspiration analytique, mais dans une formule particulière sur le plan référentiel constitué par :

- l'expérience de la relaxation commune au patient et au thérapeute, et la théorisation de celle-ci ;
- la « problématique alcoolique » selon l'expression de M. Monjauze, rapportée à l'histoire du patient et de ses ascendants ;
- tout ce qui peut nourrir intuition et réflexion chez les spécialistes de l'enfant (M. Soulé, S. Lebovici, F. Dolto, G. Haag et surtout F. Tustin pour son hypothèse de « poche autistique ») et chez ceux que l'espace et la création mobilisent (G. Pankow, Sami-Ali, D. Anzieu, J. McDougall) ;
- sans parler du Balint hebdomadaire avec l'équipe de l'UTAMA.

Des comparaisons des résultats de ce travail ont été faites avec l'étude EVA concernant le suivi, l'efficacité sur l'abstinence ou la sobriété et la question de la durée brève ou longue des thérapies ; concernant le choix de travailler la relaxation en individuel ou en groupe, en associant ou non relaxation et entretien, ainsi que l'efficacité des co-thérapies, les comparaisons ont été faites à l'intérieur de ma propre étude.

En voici les conclusions les plus significatives.

La relaxation, employée seule dans la psychothérapie d'alcoolodépendants, pour maintenir ou inciter à l'abstinence ou la sobriété, se montre assez significativement supérieure à la moyenne des résultats habituels (Relaxation 39 % > 28,5 % toutes thérapies confondues de l'étude EVA), que ce soit en groupe à l'hôpital ou en individuel en libéral, et sans différence significative entre les sexes.

actualités de l'alcoolisme

Mais, par une synergie originale, son efficacité redouble si elle est associée à des entretiens analytiques avec le relaxateur lui-même (90 % de ces suivis sont abstinents) ou un autre psychothérapeute formé à la fois à l'alcoologie et aux thérapies corporelles et/ou à la psychanalyse (85 % abstinents), dans un travail en bonne intelligence, d'une durée égale ou supérieure à 18 mois.

Au dessous de cette durée de 18 mois, l'entretien psychothérapique seul donne de meilleurs résultats sur l'abstinence que la relaxation seule ou avec entretien dans le même temps (71 % > 58 %), mais de moins bons résultats (et qualitativement bien moins sûrs) que la relaxation associée aux entretiens sur 18 mois ou plus (71 % < 83 %). En effet si le relaxant peut se décourager au début, à l'inverse, la régression et l'acquisition de la sécurité de base en jeu dans la relaxation manquent aux entretiens qui peinent à se prolonger à eux seuls et posent question sur un effet de fidélisation de la relaxation, que l'on retrouve sans doute dans le petit nombre de perdus de vue (37 patients refusent la psychothérapie, 48 font de la relaxation, 7 sont en entretien et 8 seulement seront par la suite perdus de vue pour le service, soit 8 % < 46,8 % ét. EVA, mais aucun de nos 100 patients ne consulte pour la première fois).

Le critère des 18 mois semble bon : il différencie justement des catégories cliniques et des dynamiques psychothérapiques. On pourrait certainement distinguer des sous-groupes entre 2 et 18 mois pour affiner l'étude des modes évolutifs selon la durée de la psychothérapie. Il n'est pas rare par exemple que des patients alcoolodépendants en entretien seul, abstinents « depuis longtemps » et ayant, le plus souvent, « trouvé du travail », arrêtent leur psychothérapie à 9-10 mois, coupant court à une évolution trop bouleversante au regard de cette « rentrée dans l'ordre ». Les 18 mois (et plus) signent l'implication introspective et relationnelle profonde du sujet dans le projet de changement ; ils correspondent au temps nécessaire au relaxant pour commencer à intégrer au quotidien la détente dans son vécu psycho-tonique et débiter son élaboration consciente. 83,3 % de nos patients suivis sont abstinents à 18 mois et au delà, contre 58,3 % au dessous de cette

durée. Par ailleurs le sevrage à l'inclusion est presque égal pour les thérapies brèves et longues (37 et 33 %) alors que la différence des sevrages au suivi est bien marquée, comme le montre le pourcentage des sevrés ajoutés durant le suivi : à moins de 18 mois, + 21 % < +50 % au delà de la même durée. Il y a donc un effet de durée du suivi sur la consommation d'alcool, indépendant de la question du sevrage à l'inclusion.

Entretien et relaxation avec le même thérapeute donnent à 18 mois et plus les meilleurs résultats (100 %, eu égard à la petitesse de l'échantillon), ceci indifféremment sans ou avec cothérapie avec un alcoologue. Mais si l'entretien est supprimé, les résultats « tombent » à 58 %. De même la multiplication des co-thérapies comprenant des entretiens (par exemple la triple association : relaxation -sans entretien- + alcoologue + psychiatre ou psychanalyste) est corollaire d'un abaissement de l'efficacité psychothérapique sur la consommation d'alcool (57 %) sans même freiner la demande d'entretiens au relaxateur. On peut faire quelques hypothèses sans doute complémentaires pour expliquer ces résultats. D'abord, plus il y a d'intervenants, plus le patient a de peine à s'unifier et plus de difficultés transférentielles sont induites ; ensuite, les psychothérapeutes qui n'ont pas une expérience approfondie de la relaxation ne repèrent pas bien le matériel qu'elle apporte et/ou ne savent pas quoi en faire ; enfin, nombre de relaxants (pas seulement les alcoolodépendants) qui n'ont "rien à dire" à leur psy ont la langue déliée par la relaxation et parlent dans ce contexte.

La prise en charge individuelle en relaxation suscite moins d'abandons au premier essai (0 %) que la prise en charge en groupe (13 %). Le groupe multiplie, pour les plus phobiques, l'insupportable regard des autres, et en met certains dans la compétition. Le patient en libéral a le choix entre relaxation seule/relaxation + entretien/entretien seul, et les inductions sont personnalisées en individuel.

Cependant, si l'on accepte la déperdition de patients après la première séance, la relaxation est aussi efficace en petits groupes restreints, si les patients ont des entretiens individuels parallèles par ailleurs (90 % abstinents). On peut faire l'hypothèse que les risques d'abandon au

dossier

départ diminueront avec la possibilité du choix de sa psychothérapie par le patient de groupe et une sensibilisation durant les hospitalisations.

En résumé, une psychothérapie de relaxation choisie par le patient, en individuel ou, à défaut, en groupe, et associée à des entretiens avec le relaxateur lui-même, seul ou en cothérapie avec un médecin alcoologue,... ou bien une psychothérapie de relaxation choisie par le patient avec un relaxateur en collaboration harmonieuse avec un psychothérapeute assurant les entretiens avec le patient, et lui-même formé à 2 des disciplines suivantes : alcoologie, psychanalyse, thérapies corporelles,... ceci durant 18 mois au moins,... une telle psychothérapie a 9 chances sur 10 de permettre une abstinence bien vécue et durable à un alcoolodépendant grave, le lien entre le vécu de relaxation et l'entretien constituant le noeud du travail et de son efficacité.

Marie-José Hissard

Psychologue, psychothérapeute, attachée de consultation à l'Hôpital Beaujon, Clichy.

L'UNITÉ DE RECHERCHE ET DE SOIN EN ALCOOLOGIE (URSA)

Dr Hélène Niox-Rivière

En l'an 2000, nous avons fêté les 50 ans de tradition alcoologique à l'Hôpital de Saint-Cloud. Depuis sa fondation avec le Dr Haas, la discipline alcoologique s'articule autour d'une unité hospitalière et d'un réseau de consultations. Ce système a l'avantage d'être situé au sein d'un hôpital général au libellé neutre très sécurisant pour les patients.

Au fil des années, nous avons pris conscience de la nécessité d'offrir aux anciens hospitalisés sur le lieu de leur « renaissance » un espace souple, intermédiaire entre le cocon hospitalier et l'extérieur souvent vécu comme indifférent ou hostile. Après de nombreuses démarches administratives et la levée des appréhensions suscitées par le projet, une salle a été enfin attribuée à l'unité d'alcoologie.

En 1984, c'est dans un élan de spontanéité et de bonne volonté qu'a été créée

l'URSA (Unité de Recherche et de Soins en Alcoologie), association loi 1901, dotée d'un conseil d'administration composé de 14 membres respectant la parité entre soignants et rétablis. En liaison avec l'unité hospitalière, notre objectif était de construire ensemble, un lieu convivial pour prolonger le soin en toute liberté. Dans ce but, il était indispensable de prendre en compte au même titre l'expérience des professionnels et le vécu des soignés.

Ce nouveau territoire, commun aux soignants et soignés, abrite les activités thérapeutiques de l'unité d'alcoologie, le cycle de soins de jour, les groupes de travail de l'URSA, les assemblées générales, les soirées socioculturelles et festives organisées par l'association.

Dès la création de l'URSA, quelques patients qui avaient compris depuis longtemps tout l'intérêt de parasiter le lieu de leur rétablissement, ont proposé de mettre en place un processus qui porte en lui un mouvement, et pas seulement une pratique de soins. Ils ont fondé « l'accueil » pour éviter l'écueil de la solitude.

Depuis sa naissance, l'accueil est une offre thérapeutique distincte des groupes classiques d'anciens buveurs. Elle est non concurrentielle mais complémentaire. Il s'agit d'une structure plus souple, plus poreuse, qui se veut sans doctrine. Il n'y a pas de règles mais des usages. Chaque passant adresse son dire à un semblable qui prend le rôle de récepteur mais reste l'autre avec sa différence.

Certaines personnalités préfèrent un groupe plus structurant, fortement identifiant, comme les *alcoologiques anonymes*, d'autres ont besoin d'une relation duelle adaptée à leur excès d'identité. Le patient peut concilier plusieurs approches thérapeutiques ou les utiliser échelonnées dans le temps, selon l'évolution des difficultés de vie et l'influence du clinicien.

En pratique, l'accueil fonctionne deux fois par semaine de 14 heures à 18 heures. Le lieu rappelle, avec son bar, le décor du bistrot. Les discussions se font au comptoir ou autour de petites tables basses dispersées dans la salle. On trouve également une bibliothèque qui offre la possibilité de consulter ou d'emprunter des ouvrages littéraires, des écrits concernant l'alcoologie, la psychologie ou la sociologie.

actualités de l'alcoolisme

Les accueillis sont à l'image du monde disparate des alcooliques. L'alcool est là pour gommer les différences des tableaux cliniques, chacun négocie sa souffrance avec qui il veut, comme il peut. Les hospitalisés descendent à l'accueil avec appréhension, exhortés, incités, par les infirmières. Ils sont surpris par l'ambiance de cette collectivité peu formelle. « On ne sait rien, en arrivant on est perdu » dit un malade. D'après une enquête, le sentiment général est réticence au début pour devenir besoin, nécessité. « Il faut revenir plusieurs fois pour mesurer l'intérêt de l'accueil à sa juste valeur ». Le rétabli est là pour faire prospérer l'idée d'abstinence comme une banalité, une évidence, écrit Philippe. C'est un changement de philosophie, une véritable conversion : « On peut vivre sans alcool ».

Avec le temps, il y a ceux qui restent consommateurs d'URSA, sans prendre d'initiative, se contentent de prendre plaisir à se réconforter au frottement des autres, jusqu'au jour où ils se glissent dans le rôle d'accueillants pour recevoir les nouveaux qui franchissent la porte du forum. Chacun, à son rythme, contribue à l'ambiance chaleureuse de ce lieu de vie.

L'accueil reçoit également les « ambulatoires », patients qui n'ont pas fait de « stage hospitalier » et n'ont pas d'histoire qui les relie à l'établissement. L'approche est quelquefois plus complexe et l'intégration plus difficile pour cette catégorie. L'accueil est ouvert aux membres de l'entourage en désarroi, aux professionnels de la santé ou à toute personne intéressée de près ou de loin par l'addiction à l'alcool. Tous viennent glaner des informations, des conseils... Cette visite est l'opportunité d'une réflexion pouvant induire des changements d'attitude ou de contre attitude.

Les accueillants ont éprouvé le besoin de se réunir périodiquement avec des soignants pour aborder des questions de disponibilité, de clientélisme, de marge de sécurité, en un mot de tous les pièges inhérents à leur investissement relationnel. « La dimension affective est forte, la distance est difficile à conserver, nous sommes exposés » sont les réflexions souvent exprimées. Les rencontres soignants-rétablis ont pour but de pallier l'isolement des uns et des autres. Il peut arriver que des soignés trop audacieux

s'érigent en soignants trop actifs et risquent de régler des comptes transférentiels qui auront besoin d'être repris sur une autre scène. Des professionnels peuvent redouter les difficultés de se positionner vis-à-vis de patient pair à l'URSA.

A leur tour, les membres du conseil d'administration préparent chaque année les « automnes de Saint-Cloud » destinés aux professionnels de la santé intéressés par les questions relatives aux addictions. Le dernier thème choisi était « le temps ». La rédaction des exposés et des témoignages relance l'imaginaire et l'enthousiasme de l'équipe.

Sur le territoire de l'URSA, nous avons eu dans le cadre du suivi à long terme, l'idée d'utiliser le livre comme outil thérapeutique. C'est une modalité d'expression du lien transférentiel du contenu au contenant. Depuis 1986, l'atelier de lecture fonctionne tous les 2 mois environ. « C'est un espace où l'imaginaire, la connaissance et le plaisir font bon ménage » écrit une participante assidue.

Pour que vive l'URSA, un bulletin était nécessaire. Cette activité de l'écrit mobilise soignants et soignés qui sont invités à rédiger articles, témoignages, notes de lecture. Le comité de rédaction est très sérieux et très exigeant. Cette voix de l'association est un outil d'information, un lien pour ceux qui n'ont plus la possibilité de fréquenter l'URSA. « Le papier de verre » est précieux pour le thérapeute qui peut le glisser dans la main du nouveau consultant en guise de complément d'ordonnance. A l'accueil, le bulletin sert d'objet de communication pour initier les visiteurs.

L'URSA propose comme autre activité l'atelier cinéma en alternance avec l'atelier de lecture. L'image séduit une population plus large que la lecture. L'activité créatrice est salubre, périodiquement ; aux assemblées générales, les adhérents de l'URSA sont sollicités pour mettre en place de nouvelles propositions.

La dernière née des activités est le théâtre, elle est animée par une comédienne et un rétabli qui éprouve un réel plaisir à être le moteur de cette aventure. La mise en route a été pénible. L'idée de jouer entraîne : inhibition, peur, voire honte. La honte, ce sentiment si pénible qui fait boire et boire de nouveau. Peu à peu, avec beaucoup de patience, l'animatrice a fait fondre les résistances. Le groupe se livre à des

dossier

exercices corporels d'appréhension de l'espace, d'entraînement à la diction, lectures de texte. L'expression proprement théâtrale a pu être réalisée pour la fête des 15 ans à la grande joie du groupe devenu petite troupe. Cet atelier reste encore peu fréquenté, et pour lever les appréhensions il a été décidé d'offrir la possibilité aux hospitalisés de participer à un groupe d'initiation.

Pour compléter les approches thérapeutiques en liaison avec l'unité d'alcoologie, il est difficile de passer sous silence une démarche qui fait sens: la relaxation. La rééducation psychotonique sans induction trop directive est une aventure vers une meilleure relation à l'autre. Le toucher est une technique qui supplée à la défaillance des autres sens et favorise l'expression des sensations indicibles dans l'aventure corporelle. Cette technique demande un relaxateur expérimenté pour que le patient ait la libre disposition de son corps et puisse y déchiffrer ce qui est significatif.

Conclusions

« L'abstinence doit être une différence et non une soustraction » dit Cerclé. Deleuze dit, au cours de son dialogue avec Claire Parnet: « Je buvais parce qu'il y a quelque chose de trop grand dans la vie ». « Il y a quelque chose de trop puissant dans la vie » dit également Fitzgerald. C'est peut-être ce sentiment d'accablement qui est l'explication du fameux « butinage thérapeutique » de nombreux alcooliques à la recherche désespérée d'une bouteille qui parle et qui comble. Tout être humain doit se réconcilier avec sa propre solitude. Mijolla et Schentoub lancent avec provocation cette phrase: « Le but de notre entreprise sera peut-être atteint, le jour où les mass media répéteront à loisir que « nous sommes tous des alcooliques ». A ce titre, cet étrange patient, l'alcoolique, réclame le respect. Le considérer comme partenaire est une manière de l'aider à se rétablir. Soulagé de la tyrannie du toxique, il est important de faire l'inventaire de ce qui bloque la machine à penser du patient. L'effet de la parole se fait souvent à retardement.

L'URSA n'est pas la solution, c'est une solution d'expérience de terrain pour relancer le fonctionnement émotionnel du patient alcoolique et pour lui donner envie de prendre soin de lui.

Dr Hélène Niox-Rivière
psychiatre, alcoologue

MON EXPÉRIENCE DE MÉDECIN ALCOOLOGUE AVEC LES ALCOOLIKES ANONYMES

Dr Isabelle Sokolow

Nous connaissons tous les statistiques sur les dégâts causés par l'alcool: les blessés, les morts sur la route, l'absentéisme au travail, les maladies physiques et psychiatriques, les suicides, les incarcérations, sans oublier les cassures et la maltraitance dans les cellules familiales... Et sans oublier la souffrance vécue par le malade alcoolique et par son entourage.

Il n'existe pas un même schéma thérapeutique pour tous les malades. Chaque patient est différent: son histoire, son enfance, sa personnalité, ses difficultés de vie professionnelle, familiale, relationnelle. La relation à l'alcool est différente pour chacun: alcool plaisir, alcool médicament, alcool suicide, alcool défonce, alcool pris avec d'autres drogues... Les patients ont en commun une dépendance, une aliénation à l'alcool, quotidienne ou épisodique, un mal de vivre qui se caractérise par l'angoisse, la solitude, le déni et la culpabilité. Pour chacun le parcours est de plus en plus cruel; comme le disait le Docteur Roth: « L'alcool est comme un usurier: au départ il rend beaucoup de service, pour après le faire payer très cher ».

Mon expérience à l'hôpital de Saint-Cloud comme médecin alcoologue, me place chaque jour en face de cette problématique: comment aider le patient à sortir de son enfermement et l'aider à accepter « d'être malade alcoolique ». Pour cela, j'ai vite pris conscience que la relation médecin-malade n'était pas suffisante. L'impact positif de l'expérience d'un autre malade alcoolique rétabli auprès de celui qui est encore dans l'alcool se démontre par un changement qui peut être parfois immédiat: le patient parvient à s'identifier à celui qui s'en est sorti et ne refuse plus l'aide qui lui est proposée. C'est pour cette raison que j'ai toujours trouvé efficace de proposer aux patients de fréquenter les groupes néphalistes, sans oublier qu'il est toujours très difficile pour un patient d'aller à sa première réunion: peur de l'inconnu, de se reconnaître et d'être reconnu comme alcoolique...

actualités de l'alcoolisme

Pour ma part, je me souviendrai toujours de la « première réunion Alcooliques Anonymes » à laquelle j'ai assistée. Un de mes patients fêtait son premier anniversaire de sobriété et a fortement insisté pour que j'y participe. Ma première réaction a été de refuser par crainte d'être indiscrete ou maladroite, je craignais de ne pas être à ma place. Je me trompais car non seulement j'ai été très bien accueillie mais j'ai pu aussi ressentir et découvrir la force émotionnelle qui se dégage d'une réunion. Par la suite, j'étais mieux à même d'expliquer à mes patients l'aide qu'ils pourraient y trouver. Ce que mes échanges avec des membres Alcooliques Anonymes m'avait laissé deviner est devenu une réalité très forte qui m'a poussée à m'intéresser à ce mouvement « hors convention », qui m'est apparu être un outil thérapeutique approprié autour du sevrage et dans la poursuite de l'abstinence.

Le mouvement des Alcooliques Anonymes est né en 1935, à Akron aux États-Unis, de la rencontre de deux alcooliques, Bill, agent de change et Bob, médecin. Ces deux hommes ont réalisé l'aide qu'ils s'apportaient en échangeant leurs idées sur l'expérience avec l'alcool. Ils prirent conscience ensuite que leur obsession de boire avait disparu. De là leurs est venue l'idée de rencontrer d'autres alcooliques. Cette démarche a abouti à la formation de la plus grande association d'entraide mondiale qui compte environ 2 millions de membres qui se répartissent dans 135 pays et environ 100 000 groupes.

Ce qui différencie le mouvement des Alcooliques Anonymes des autres mouvements néphalistes est qu'il est basé sur un programme spirituel. Ce programme de rétablissement personnel est composé de douze étapes qui peuvent être réduites à leur plus simple expression de la manière suivante : l'aveu de l'alcoolisme, l'analyse et la libération de la personnalité, le réajustement des relations avec les autres, l'abandon à une certaine puissance supérieure, le secours porté à d'autres alcooliques. Telle était l'analyse de Bill, l'un des fondateurs.

A ces étapes, se rajoutent douze traditions qui donnent la base du fonctionnement d'Alcooliques Anonymes : l'unité au sein du mouvement, l'autonomie financière et le non-rattachement à toute autre formation, politique ou religieuse, l'anonymat tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, notamment vis à vis des médias,

l'aide aux alcooliques, encore dans la souffrance. Ces principes évitent la prise de pouvoir, l'emprise de l'argent et le prestige que certains seraient tentés d'acquérir.

Le paradoxe de ce mouvement est d'avoir une structure très solide sans avoir d'organisation figée. Cette structure est établie par les concepts qui assurent notamment une rotation obligatoire et relativement rapide, d'une à quelques années, à chaque niveau de responsabilité, ainsi qu'une délégation des pouvoirs basée sur la confiance. Toutes les grandes décisions sont prises par la Conférence annuelle qui réunit les délégués de chaque région de France, eux-mêmes élus par des représentants de chaque groupe et le Conseil d'Administration, lui-même élu par les délégués.

Il ne peut y avoir de prise de pouvoir puisque chacun, à partir du moment où il arrive aux Alcooliques Anonymes, est responsable de la vie de l'association et a le droit de demander toutes les explications qu'il désire. Il s'agit d'un mouvement démocratique qui cherche avant toute chose à aider chaque membre Alcoolique Anonyme à demeurer abstinent et à aider les autres à le devenir.

Je voudrais insister sur le fait que l'aide apportée par les Alcooliques Anonymes est différente, mais complémentaire, de celle donnée par le corps médical. J'ai reçu en consultation en 1995, un patient qui fréquentait les Alcooliques Anonymes depuis environ un an, il venait de se réalcooliser. Il était alors incapable de prononcer une phrase tellement il était enfermé dans la peur et la culpabilité. Les mauvais traitements subis pendant l'enfance l'avait traumatisé au point qu'il avait perdu toute confiance, ce qui l'empêchait d'exprimer et d'expliquer cette souffrance.

Le fait de fréquenter très souvent les Alcooliques Anonymes lui a permis d'écouter les autres exprimer leur souffrance et lui a appris que toute blessure pouvait être soignée par des mots, que tout secret pouvait être dit. C'est ainsi qu'après plusieurs consultations silencieuses, il accepta de répondre à quelques questions par écrit. Quelques mois après, il acceptait de voir un collègue psychiatre, en utilisant toujours l'écriture. Le travail de ce psychiatre, le mien, associés aux partages des Alcooliques Anonymes lui ont permis de se

dossier

retrouver et de reconstruire une vie satisfaisante. L'expérience de cette transformation, parmi d'autres, relate une histoire d'un malade alcoolique qui accepte de demander de l'aide, de la prendre et trouver ainsi la force de vivre sa vie.

Texte cité par Freud : « un enfant de 3 ans dit à sa tante :

- Tante, dis-moi quelque chose, j'ai peur, parce qu'il fait noir.

- A quoi cela te servira-t-il, puisque tu ne peux pas me voir ?

- Ça ne fait rien, du moment que quelqu'un parle, il fait clair ».

Je veux terminer par l'une de mes très belles expériences avec les Alcooliques Anonymes qui a été mon voyage dans 4 pays d'Afrique où quelques personnes avaient demandé de l'aide aux Alcooliques Anonymes de France (Burkina Faso, Bénin, Togo et Tchad). En quelques jours, des groupes se sont créés avec un enthousiasme et une adhésion rapide à ce programme spirituel. Dans ces pays, où les moyens financiers quasi inexistantes ne permettent pas à la population de bénéficier des soins, le mouvement des Alcooliques Anonymes apporte une réponse à leur immense problème d'alcool.

Dr Isabelle Sokolow

Association « Les alcooliques anonymes »,
Paris

LE CARNET PSY

Revue mensuelle éditée par les Éditions Cazaubon
Siège social : 8 bis avenue Jean-Baptiste Clément,
92100 Boulogne.

Tél. 01 46 04 74 35 – Fax 01 46 04 74 00

man@carnetpsy.com

RCS Nanterre B 397 932583.

Directrice de la Publication et de la Rédaction :

Manuelle Missonnier

Coordinatrice de la Rédaction :

Anne Brisson

Comité scientifique :

Dr Alain Braconnier, Pr Pierre Ferrari, Pr Bernard Golse,

Pr Serge Lebovici, Dr Marie Rose Moro,

Pr Daniel Widlöcher, Pr Édouard Zarifian

Comité de Rédaction :

Marie-Frédérique Bacqué, Sophie de Jocas,

Sylvie Gosme-Séguret, Dr Vassilis Kapsambelis,

Sylvain Missonnier, Dr Marianne Rabain,

Dr Jean-François Rabain, Dr Richard Uhl.

Abonnement annuel (9 numéros). Le numéro : 35 F

France : 240 F/290 F - Étranger : 300 F/340 F

Impression : Imprimerie Neuville Impressions

Dépôt légal : 4^e trimestre 2000

Commission paritaire : 75564. ISSN 1260-5921

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adès, J., Lejoyeux, M., *Les conduites alcooliques et leur traitement*, (1985), 1996, Vélizy, Doin.

Adès, J., Lejoyeux, M. (dir.), *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*, 1997, Paris, Masson.

Adès, J., *Alcoolisme et pathologie dépressive*, 1984, Paris, Specia.

Anzieu, D., 1984, *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Dunod, Paris.

Aulagnier, P., *La Violence de l'interprétation*, Paris, Puf, 1975

Boisset B., Levental J.-Y., « Evaluation de l'utilisation de psychothérapies brèves de groupe dans l'approche de malades alcooliques alcoolodépendants. (Etude randomisée portant sur plus de 200 patients, 1984-1991) », in *Actualités Psychiatriques*, 1991, 21, pp 25-30.

Célérier, M.-C., *Corps et fantasmes. Pathologie du psychosomatique*, Paris, Dunod, 1989.

Descombey, J.-P., *Alcoolique, mon frère, toi. L'alcoolisme entre médecine, psychiatrie et psychanalyse*, 2^e édition, Paris, L'Harmattan.

Descombey, J.-P., *Précis d'alcoolologie clinique*, 2^e édition, Paris, Dunod.

Descombey, J.-P., *L'homme alcoolique*, 1998, Paris, Odile Jacob.

Favre J.-D., Gillet C., « Devenir de patients alcoolodépendants. Résultats à cinq ans et facteurs pronostiques », in *Alcoolologie*, 1997, 19 (3 Suppl), pp 313-330.

Fenichel O., (1945), *Théorie psychanalytique des névroses*, 1953, Paris, Puf.

Ferenczi S., « Présentation abrégée de la psychanalyse », in *Psychanalyse IV. Œuvres complètes (1927-1933)*, 1975, Paris, Payot.

Gomez, H., *La personne alcoolique. Comprendre le système-alcool*, (1993), 19992, Paris, Dunod.

Gomez, H., *Soigner l'alcoolique. La pratique des groupes d'accompagnement thérapeutique*, 1997, Paris, Dunod.

Haas R. M., *Comment je soigne les alcooliques. Médecin du bateau ivre*, 1979, Paris, Grasset.

Hissard M.-J., « La relaxation est-elle un traitement efficace de l'alcoolisme ? », in sous la direction de J. Marvaud, *Relaxation. Actualité et innovation*, 1995, Paris, L'Esprit du Temps, vol. I, pp 153-166.

Hissard M.-J., « La relaxation », in Monjaud M., *La part alcoolique du Soi*, Dunod, 1999, pp 266-278.

Kahn, A., *Et l'homme dans tout ça ?*

Khan, M., *Le Soi caché*, 1974, Paris, Gallimard, 1979.

Klajner F., M-Hartman L., B-Sobell M., « Treatment of substance abuse by relaxation training : a review of its rationale efficacy and mechanisms », in *Addictive behaviours*, 1984, Pergamon Press Ltd USA, vol. 9, pp 41-55.

Letarte, P., « Le toxicomane, sa drogue et le psychothérapeute », in *Le Psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, 1981, Paris, Dunod.

Mc Dougall, J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, 1978, Paris, Gallimard.

Mc Dougall, J., *Théâtre du corps. Le psychosoma en psychanalyse*, 1989, Paris, Gallimard.

Mc Dougall, J., *Éros aux mille visages. La sexualité humaine en quête de solutions*, 1996, Paris, Gallimard.

Mijolla A. (de), Shentoub S. A., *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, 1990, Paris, Payot.
 Monjauze, M., *La problématique alcoolique*, 1991, 2000, Paris, In Press.
 Monjauze, M., *La part alcoolique du Soi*, 1999, Paris, Dunod.
 Roussaux, J.-P., Derély, M., *Alcoolismes et toxicomanies. Études cliniques*, 1989, Bruxelles, De Boeck Université, (« Oxalis »).
 Roussaux, J. P., Faoro-Kreit, B., Hers, D., *L'alcoolique en famille. Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*, 2000, Bruxelles, De Boeck et Larcier.
 Zaltzman, N., « La pulsion anarchiste », in *Topique*, 1984, 24.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

Anne V., *Jusqu'à plus soif. Renaître de l'alcool*, 1999, Paris, Nil.
 Autié, D., *Le bec dans l'eau*, 1997, Paris, Phébus.
 Coslin, P.-G., *Les adolescents devant les déviances*, 1996, Paris, Puf.
 Dufreigne, J.-P., *Boire*, 1996, Paris, Grasset et Fasquelle.
 Fouquet, P., De Borde, M., *Le roman de l'alcool*, 1985, Paris, Seghers.
 Le Poulichet, S. (dir.), *Les addictions*, 2000, Paris, Puf, (" Monographies de psychopathologie ").
 Le Vot-Ifrah, C., Mathelin, M., Nahoum Grappe, V., *De l'ivresse à l'alcoolisme*, 1989, Paris, Dunod.
 Lebovici S., « Le bébé de parents alcooliques. Le syndrome foeto-alcoolique », in Lebovici S. et Weil-Halpern F., *Psychopathologie du bébé*, 1989, Paris, Puf, pp. 681-682.
 Maisondieu, J., *Les alcooléens*, Paris, Bayard, 1992.
 Morenon, J., Rainaut, J., *L'alcool, alibi et*

solitude, 1997, Paris, Celi Arslan.

Nahoum Grappe, V., « Histoire et anthropologie des conduites d'excès: les « jeunes » et « l'alcool » », in Braconnier, A., Chiland, C., Choquet, M., Pomadère, R. (dir.), *Adolescentes, adolescents. Psychopathologie différentielle*, 1995, Paris, Bayard, pp. 183-202.

Perrier, F., *L'alcool au singulier. L'eau-de-feu et la libido*, Paris, Inter-Editions, 1982.

Perrier, F., « Thanatol », in *La Chaussée d'Antin*, tome II, (1975), 1978², UGE, Paris.

Rydelius, P.A., « Enfants de parents alcooliques: à haut risque de vivre la violence et de développer un comportement violent », in Chiland, C. et Young, J.-G. (dir.), *Les enfants et la violence*, 1997, Paris, Puf, pp. 97-117.

Sournia, J.-C., *Histoire de l'alcoolisme*, 1986, Paris, Flammarion.

Venisse, J.-L. (dir.), Rousseau, M. (dir.), Renault, M. (dir.), Jeammet, P. (préf.), *Conduites de dépendance du sujet jeune. L'expérience d'une unité spécialisée pour jeunes patients addictifs*, 1995, Paris, ESF.

QUELQUES ADRESSES

Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, ANPA, 20 rue Saint Fiacre, 75002 Paris, 01 42 33 51 04, www.anpa.asso.fr.

Association des Alcooliques Anonymes, 21 rue Trousseau, 75011, Paris, 01 43 25 75 00.

Al-Anon, 4 rue Fléchier, 75009 Paris, 01 42 81 97 05.

Croix Bleue, 47 rue de Clichy, 75009 Paris, 01 48 74 85 22.

Croix d'Or, 10 rue des Messageries, 75010 Paris, 01 47 70 34 18.

Vie libre, 8 impasse Dumur, 92110 Clichy, 01 47 39 40 80.



Le site Web du mois
<http://inconscient.net/>

L'INCONSCIENT, LE WEB

Parmi les galaxies du Net, celle des sites personnels « psy » reflète une diversité qui traduit fidèlement le caractère océanique et flou de cet adjectif. Du laboratoire interactif du clinicien chevronné au cri primal *on line*, en passant par le journal de l'analysant, le curieux y trouve de tout. Dans cette myriade d'ego ayant pignon sur toile, on tombe sur le meilleur comme le pire.

Au temps héroïque des années 95, la ballade était coûteuse en temps et en énergie pour trouver quelques pépites. Au fil du temps, un certain nombre de ces espaces sont sortis du lot. Grâce au mail à écran (l'équivalent du bouche à oreille sur le web!), on trouve aujourd'hui en psychiatrie, psychologie et psychanalyse des sites personnels qui tiennent, dans la durée, la dragée haute à bien des espaces institutionnels clinquants et vides.

Dans la catégorie « psychanalyse », le site de Geneviève Lombard, en est un. Dans son argumentaire, elle donne d'emblée le ton: « Avec l'existence et le développement du *cyberspace*, des aspects essentiels du processus de civilisation sont entrés en métamorphose ou en mutation, il pourrait

donc sembler que la mise en réflexion de ces transformations par les psychanalystes soit une tâche à la fois évidente et urgente ». Mais il est vrai que ce chantier pressant « rencontre chez eux, plus peut-être encore que chez tous ceux qui résistent à l'évidence de la réalité en développement du *cyberspace*, des obstacles qui peuvent se déguiser en vertus psychanalytiques... ».

Pour inaugurer ce chemin prometteur d'une psychologie des profondeurs inconscientes du web, le site de G. Lombard a ceci de remarquable qu'il se propose d'initier un débat pluriel: c'est dans cet esprit qu'on y découvre des contributions de la webmestre, mais aussi d'autres passionnés. Les mails (et leurs « cyber-lapsus »), la « forêt » des news, la présence, l'absence et la réalité virtuelle sur Internet, sont tour à tour explorés...

Pour qui souhaite bénéficier d'éléments de réflexion originaux de psychanalystes s'interrogeant sur ces nouvelles formes de communications, une visite attentive de ce site est incontournable.

Sylvain Missonnier
syl@carnetpsy.com

internet

OFFRE SPECIALE

le carnetPSY c'est chaque mois



- L'agenda de référence en santé mentale
- Une liste complète des Parutions du mois (livres, revues)
- Des comptes rendus de livres et de colloques
- Des articles originaux sur la recherche actuelle
- Des dossiers thématiques
- Une revue des revues
- Des rubriques spécialisées : vidéo, justice, Internet
- Un acteur pivot de la formation
- Un site interactif sur le réseau Internet : www.carnetpsy.com

ABONNEZ-VOUS DÈS AUJOURD'HUI
ET PROFITEZ DE NOTRE **OFFRE SPECIALE**

POUR TOUT **NOUVEL ABONNEMENT*** OU POUR TOUT **REABONNEMENT***.

* (dans la limite des stocks disponibles)

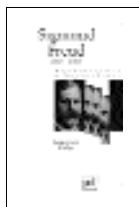
1 livre en cadeau !

DE LA COLLECTION "PSYCHANALYSTES D'AUJOURD'HUI",
ÉDITIONS PUF

Sigmund FREUD
1886-1897
par
angélique COBLENCÉ



Sigmund FREUD
1897-1904
par
Laurence KAHN



Sigmund FREUD
1905-1920
par
Paul DENIS



Sigmund FREUD
1920-1939
par
Ruth MENAHEM



le BULLETIN D'ABONNEMENT

[] RÉABONNEMENT

- [] Tarif individuel (France) 1 an 240 F (37€)
2 ans 450 F (70€)
- [] Tarif institutionnel (France)
collectivités, institutions, bibliothèques, etc.) 1 an 290 F (44€)
- [] Tarif étudiant (justificatif) 1 an 220 F (34€)
- [] Tarif étranger CEE 1 an 300 F (46€)
- [] Tarif international (par avion) 1 an 340 F (52€)
- [] Abonnement de soutien 1 an 400 F (61€)
- [] Je souhaite recevoir une facture

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Mail _____

Je souhaite recevoir gracieusement un des livres suivants :

- ☐ Freud, 1886-1897 ☐ Freud, 1905-1920
☐ Freud, 1897-1904 ☐ Freud, 1920-1939

Vous trouverez ci-joint mon règlement par chèque :

- ☐ bancaire, ☐ postal à l'ordre du **Carnet PSY**
☐ Par carte bancaire (CB, Visa, Mastercard, Eurocard)

N° _____

Expire fin _____

Le _____ Signature

Merci de nous retourner ce bulletin accompagné du
règlement

à l'ordre de Carnet PSY
8 bis, avenue Jean-Baptiste Clément 92100 Boulogne
Tél. 01 46 04 74 35. Fax 01 46 04 74 00
Email : mar@carnetpsy.com

