



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UFR Connaissance de l'homme

Ecole Doctorale « Langage, Temps, Société »

Groupe de recherche en Psychologie Clinique et Pathologique de la Santé (GREPSA)
Laboratoire de Psychologie des Universités Lorraines (EA : 4165)

THESE

Pour l'obtention du grade de Docteur en Psychologie

Contribution aux recherches sur l'alcoolodépendance

Etude comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent,
réalité externe perçue, réalité interne

TOME I

Présentée le 14 novembre 2008

par

Barbara SMANIOTTO

Sous la direction de

Mme le Professeur Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT

Jury :

- Professeur Joëlle Lighezzolo-Alnot (Université de Nancy 2)
- Professeur Pascal Roman (Université de Lausanne, Suisse)
- Professeur Claude de Tychev (Université de Nancy 2)
- Professeur Michel Wawrzyniak (Université de Picardie, Amiens)

*A mon Grand-Père de Ternel
Qui n'était effectivement pas éternel...*

*« C'est ça le problème avec la gnole, songeai-je en me versant un verre.
S'il se passe un truc moche, on boit pour essayer d'oublier ;
s'il se passe un truc chouette, on boit pour le fêter,
et s'il ne se passe rien, on boit pour qu'il se passe quelque chose. »*

Charles Bukowski (1978) « Women »

J'exprime mes profonds remerciements et toute ma considération à Mme le Professeur Joëlle Lighezzolo-Alnot, qui a accepté de m'accompagner dans cette problématique et m'a toujours soutenue et encouragée en dépit de mes doutes incessants. Grâce à sa confiance, j'ai pu et je me sens encore aujourd'hui capable d'aller de l'avant, d'affronter mes angoisses et ma timidité, d'oser la « première fois »... Ses conseils furent et resteront précieux.

Je remercie Monsieur le Professeur Claude de Tychev, qui, depuis la Licence m'a insufflé sa passion pour la psychologie clinique en général, et les méthodes projectives en particulier. En s'associant à la réalisation de mon mémoire de DEA, il a ainsi contribué à ma motivation pour poursuivre mon projet de recherche.

J'adresse tous mes remerciements à Messieurs les Professeurs Pascal Roman et Michel Wawrzyniak, de me faire l'honneur d'être membres de mon jury et d'avoir accepté d'être pré-rapporteurs de ce travail.

Je souhaite également remercier mes collègues de l'Université de Nantes, Vincent Bréjard et Bénédicte Courty, qui ont pris connaissance de mon travail et m'ont soumis des suggestions pertinentes.

Par ailleurs, ce travail m'a conduite à collaborer avec de nombreuses structures. Je leur sais gré d'avoir eu la gentillesse de m'accueillir dans leurs locaux, au risque de perturber leurs activités.

Je remercie donc l'Equipe Hospitalière de Liaison en Alcoologie de l'hôpital Bon Secours de Metz, qui depuis le DESS m'a accueillie. Je réserve une place particulière à Mme Dominique Marinelli, qui, en tant que maître de stage durant plusieurs années, m'a fait découvrir la complexité de la problématique alcoolique et surtout le métier de psychologue, en me transmettant ses connaissances.

Je remercie également l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest et le CDPA de Moselle, en particulier Johanne pour son empathie et ses conseils judicieux, notamment à propos de la pratique.

Un grand merci aux associations d'anciens buveurs, pour m'avoir considérée comme une « amie ». Leurs témoignages touchants demeureront gravés dans ma mémoire et mon cœur.

Merci à tous les participants, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour. Je leur adresse toute ma gratitude et leur souhaite de pouvoir poursuivre, au mieux, leur chemin.

Je tiens à remercier mes proches, avec toute mon affection.

Famille et amis, qui se sont montrés présents tant pour m'encourager que pour me changer les idées.

Ma sœur Sarah, pour son humour et sa clairvoyance.

Mon père, Robert, dont le sentiment de fierté à mon égard m'a poussée à aller au bout, en m'inspirant l'intérêt pour la science et la recherche.

A ma mère, Claudine, pour son amour et son soutien indéfectibles, sans lesquels, rien n'aurait été possible, au-delà même de mon existence...

A mon ami, Frank, pour m'avoir éveillée. Il a su m'écouter, entendre mes doutes, tolérer mes humeurs... avec tout son amour.

Merci enfin à tous ceux, non mentionnés ici, qui, de près ou de loin, m'ont supportée (au sens propre comme au figuré) dans cette aventure.

Contribution aux recherches sur l'alcoolodépendance

Etude comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent,
réalité externe perçue, réalité interne

Barbara Smaniotto

Résumé :

1. Objectifs :

L'alcoolisme, problème majeur de santé publique, regroupe un ensemble de conduites faisant l'objet d'approches théoriques plurielles (typologies classiques, approche cognitivo-comportementale, psychanalytique...). Le concept d'alcoolodépendance, avancé actuellement dans ce domaine, ne permet cependant guère de considérer finement les dénominateurs communs et les spécificités psychopathologiques des sujets alcooliques.

Cette recherche vise à comparer deux types d'alcoolodépendance, l'alcoolisme chronique et l'alcoolisme intermittent, au niveau de la réalité externe perçue (causes attribuées aux alcoolisations, attentes vis-à-vis de l'alcool, coping, lieu de contrôle, événements de vie) et de la réalité interne (organisation de la personnalité, et fonctionnement mental). Ces conduites de consommation relèvent-elles d'une même unité psychopathologique, ou bien de deux registres distincts? Les considérations théoriques soulevées par ce questionnement permettent d'envisager une approche de l'alcoolisme moins uniformisante que celle sous-tendue par le concept d'alcoolodépendance.

2. Méthodologie :

Deux groupes de sujets dépendants à l'alcool ont été constitués (7 sujets alcooliques chroniques, et 6 sujets alcooliques intermittents), et comparés sur les plans de la réalité externe et de la réalité interne par une méthodologie appropriée :

- réalité externe perçue : entretien semi directif, questionnaire d'événement de vie, échelle de coping (Brief Cope de Carver), échelles de lieu de contrôle (IPC et ARS),
- réalité intrapsychique : tests projectifs : TAT et Rorschach (passation classique et associative) afin d'étudier l'organisation de la personnalité (image du corps et représentation de soi, relation d'objet, angoisse dominante, mécanismes de défense), ainsi que le fonctionnement mental (espace imaginaire, mentalisation, efficacité des défenses).

L'importance des variables envisagées et le nombre limité de sujets inscrivent cette étude dans une démarche de recherche qualitative comparative de cas cliniques contrastés, à visée exploratoire. Les hypothèses opérationnelles s'articulent autour des points communs et des différences entre sujets alcooliques chroniques et intermittents sur ces dimensions.

3. Résultats :

Les données recueillies nous conduisent à retenir à la fois des éléments communs à l'alcoolisme chronique et intermittent, et des éléments différenciateurs entre ces deux catégories, tant sur le plan de la réalité externe perçue qu'au niveau de la réalité interne. Les sujets alcooliques intermittents (qui présentent globalement moins de fragilité), adoptent notamment une tendance à fluctuer entre différents registres, permettant d'avancer l'hypothèse d'un fonctionnement par « éclipse ».

4. Conclusion :

Ces résultats demanderaient à être reproduits à plus grande échelle mais, à l'appui des différences observées ici entre alcoolisme chronique et intermittent, il est envisageable de concevoir la problématique alcoolique sous forme de strates, incluant un niveau général commun, et des modalités particulières en fonction de la conduite de consommation. Ces nuances semblent intéressantes à considérer du point de vue préventif et thérapeutique afin de proposer des prises en charge adaptées aux besoins et attentes des personnes alcooliques.

Mots-clés : Alcoolodépendance - Réalité externe - Réalité intrapsychique- Méthode projective

Contribution to researches on alcohol-dependence

Comparative study between chronic alcoholism and intermittent alcoholism,
external perceived reality, internal reality

Abstract:

1. Objectives:

Alcoholism, a major public health, includes a set of behaviors, and several theoretical approaches (classical typologies, cognitive-behavioural approach, psychoanalytic,...). The alcohol-dependence concept, However, doesn't seem to consider precisely the common denominators and specificities of these behaviors.

The objective of this research is to compare two types of alcohol dependence, chronic alcoholism and intermittent alcoholism regarding two levels: external perceived reality (attributions, alcohol expectancies, coping, locus of control, life events) and internal reality (psychic organization and functioning).

Do these behaviors belong to the same psychopathologic unit, either two different registers? This questioning allows to view an approach of alcoholism which would be less standard than underlined by alcohol-dependence concept.

2. Method:

Two groups of alcohol dependents were established (7 chronic alcoholics, and 6 intermittent alcoholics), and compared from the point of view of external reality and internal reality by following method:

- external perceived reality : semi-structured interview, life events questionnaire, coping scale (Brief Cope of Carver), locus of control scales (IPC et ARS),
- intrapsychic reality : projectives tests : TAT and Rorschach (classic and psychoanalytic application) to investigate personality organization (body image and self representation, objectal relation, anxiety, defense mechanisms), and mental functioning (imaginary space, mentalization, defense efficacy).

The importance of variables, and the limited number of subjects set this study on a comparative qualitative research through contrasted clinical cases, in exploratory aim. Hypothesis focus on common denominators and differences between chronic alcoholic subjects and intermittents concerning these dimensions.

3. Results:

Collected data lead us to deduct both common and differential elements in chronic and intermittent alcoholism, as much in external perceived reality level as in internal reality level. Intermittent alcoholics (who present globally less fragility), in particular, tend to fluctuate between different registers, allowing to suggest hypothesis of functioning by "eclipse".

4. Conclusion:

Results would be reproduced in a more large population, but supporting differences observed between chronic and intermittent alcoholism, it is possible to conceive alcoholic problem as organized by strata, including a common general level, and particular modalities according to consumption behavior. These differences seem interesting to consider in a preventive and therapeutic way, to propose adapted care to needs and expectancies of alcoholic people.

Keys words: alcohol-dependence - external perceived reality - intrapsychic reality - projective method

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. MOTIVATIONS PERSONNELLES	p. 1
2. INTÉRÊT SCIENTIFIQUE	p. 2
3. PROBLÉMATIQUE	p. 3

CADRE THEORIQUE

1. L'ALCOOL DANS L'HISTOIRE, UNE HISTOIRE DE L'ALCOOL

1.1. Rappel étymologique	p. 5
1.2. Au delà de l'histoire... un mythe	p. 6
1.3. Les grandes étapes de la découverte de l'alcool	p. 8
1.4. De l'alcool magique à l'alcool poison : naissance du concept d'alcoolisme ...	p. 10
1.5. Entre soins, lutte et prévention	p. 12

2. MODELES DESCRIPTIFS ET TYPOLOGIQUES : DE L'ALCOOLISME A L'ALCOOLODEPANCE

2.1. Les modèles descriptifs	p. 16
2.1.1. <i>La typologie comportementale</i>	p. 16
2.1.2. <i>Les classifications psychocomportementales</i>	p. 17
2.1.2(a) Le modèle de Knight (1937)	p. 17
2.1.2(b) La typologie de Jellinek (1940-1960)	p. 17
2.1.2(c) La typologie de Fouquet (1951)	p. 18
2.1.2(d) La typologie de Barrucand (1988)	p. 18
2.1.3. <i>Les typologies multidimensionnelles</i>	p. 19
2.1.3(a) Le modèle de Morey et Skinner (1986)	p. 19
2.1.3(b) La typologie de Alonzo-Fernandez (1986-1987)	p. 19
2.1.3(c) La typologie de Cloninger (1988)	p. 20
2.1.3(d) La typologie de Babor (1992)	p. 21
2.1.4. <i>Typologies issues des données épidémiocliniques : alcoolisme primaire et alcoolisme secondaire (Radouco-Thomas et al. 1979 ; Schuckit, 1985)</i>	p. 21
2.1.5. <i>La classification intégrée de Adès et Lejoyeux (1997)</i>	p. 21
2.1.6. <i>Les modèles bidimensionnels : DSMIV, CIM 10, SFA</i>	p. 22
2.2. Synthèse et réflexions critiques	p. 24

3. IDENTIFICATION DES FACTEURS ETIOLOGIQUES

3.1. Les facteurs externes	p. 27
3.1.1. <i>Les facteurs économiques</i>	p. 27
3.1.2. <i>Les facteurs professionnels</i>	p. 28
3.1.3. <i>Les facteurs familiaux</i>	p. 29
3.1.4. <i>Les facteurs socioculturels</i>	p. 30
3.1.4(a) Facteurs religieux	p. 30
3.1.4(b) L'alcool, un rite social	p. 31

3.2. Les facteurs internes	p. 32
3.2.1. <i>Facteurs biologiques</i>	p. 32
3.2.2. <i>L'approche par les traits de personnalité</i>	p. 34
4. L'ALCOOLODEPENDANCE AU REGARD DE LA PSYCHOLOGIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE	
4.1. Les modèles explicatifs de l'alcoolodépendance	
issus des travaux en psychologie cognitivo-comportementale	p. 38
4.1.1. <i>Alcoolisme et théories de l'apprentissage</i>	p. 38
4.1.1(a) La consommation d'alcool comme réponse conditionnée	p. 38
4.1.1(b) La consommation d'alcool comme produit d'un conditionnement opérant	p. 39
4.1.1(c) L'alcoolisme dans théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977)	p. 40
4.1.2. <i>Le modèle cognitif de Beck</i>	p. 40
4.2. Les facteurs considérés dans cette étude	p. 44
4.2.1. <i>Les attributions causales et le lieu de contrôle</i>	p. 44
4.2.1(a) Alcoolisme et attributions causales	p. 44
4.2.1(b) Lieu de contrôle et alcoolodépendance	p. 46
4.2.2. <i>Les attentes vis-à-vis de l'alcool</i>	p. 50
4.2.3. <i>Les stratégies de coping</i>	p. 55
4.2.3(a) Origine du concept de coping	p. 55
4.2.3(b) Le coping	p. 57
4.2.3(c) Evaluation du coping et implications thérapeutiques	p. 61
4.2.3(d) Alcoolodépendance et coping	p. 63
4.2.4. <i>Alcool et événements de vie</i>	p. 67
5. L'ORIENTATION PSYCHODYNAMIQUE	
5.1. La perspective ontogénétique	p. 76
5.1.1. <i>Freud et ses successeurs</i>	p. 77
5.1.2. <i>Les disciples de Lacan ; une faillite du stade du miroir</i>	p. 82
5.1.3. <i>Le recours à l'agir, la question de l'incorporation et l'échec de l'aire transitionnelle</i>	p. 87
5.1.4. <i>« Pour une psychanalyse de l'alcoolisme », Alain de Mijolla & Salem Shentoub (1973)</i>	p. 99
5.1.5. <i>« La part alcoolique du Soi », Michèle Monjauze (1991-2001)</i>	p. 104
5.2. La perspective structurale	p. 113
5.2.1. <i>Les données en faveur d'un mode de structuration névrotique</i>	p. 114
5.2.2. <i>Les données en faveur d'un mode de structuration psychotique</i>	p. 116
5.2.3. <i>Les données en faveur de l'organisation limite</i>	p. 120
5.3. L'alcoolodépendance à la lumière des tests projectifs	p. 127
5.3.1. <i>Données générales</i>	p. 127
5.3.2. <i>L'organisation de la personnalité des sujets alcooliques à travers les outils projectifs</i>	p. 132
5.3.2(a) La représentation de soi et l'image du corps	p. 132
5.3.2(b) La relation d'objet	p. 137
5.3.2(c) L'anxiété dominante	p. 140

5.3.3. <i>Le fonctionnement intrapsychique du sujet alcoolique à travers les outils projectifs</i>	p. 141
5.3.3(a) <i>L'espace imaginaire</i>	p. 142
5.3.3(b) <i>La mentalisation et les capacités de symbolisation</i>	p. 142
5.3.3(c) <i>Les défenses et leur efficacité</i>	p. 144

6. HYPOTHESES GENERALES

6.1. Réalité externe perçue (HA)	p. 147
6.1.1. <i>Causes des alcoolisations et attentes vis-à-vis de l'alcool (HA1)</i>	p. 148
HA1.1. <i>Les Attributions</i>	p. 148
HA1.2. <i>Les Attentes</i>	p. 148
6.1.2. <i>Les stratégies cognitives (HA2)</i>	p. 149
HA2.1. <i>Le Coping</i>	p. 149
HA2.2. <i>Le Lieu de contrôle</i>	p. 150
6.1.3. <i>Les événements de vie (HA3)</i>	p. 150
HA3.1. <i>Nombre d'événements de vie rapportés</i>	p. 151
HA3.2. <i>Capacité du sujet à dater et à classer chronologiquement les événements vécus</i>	p. 151
HA3.3. <i>Impact émotionnel des événements de vie</i>	p. 151
HA3.4. <i>Les liens entre événements de vie et alcoolisation</i>	p. 151
6.2. Réalité interne (HB)	p. 151
6.2.1. <i>L'organisation de la personnalité (HB1)</i>	p. 152
HB1.1. <i>Image du corps (HB1.1.1) et Représentation de soi (HB1.1.2)</i>	p. 153
HB1.2. <i>Relation d'objet</i>	p. 153
HB1.3. <i>Intensité de l'angoisse (HB1.3.1) et angoisse dominante (HB1.3.2)</i>	p. 153
HB1.4. <i>Mécanismes de défense</i>	p. 154
6.2.2. <i>Le fonctionnement mental (HB2)</i>	p. 154
HB2.1. <i>Espace imaginaire</i>	p. 155
HB2.2. <i>Mentalisation : Expression pulsionnelle (HB2.2.1) ; qualité des Symbolisations sexuelles et agressives (HB2.2.2) ; qualité de la Liaison entre affect et représentation (HB2.2.3)</i>	p. 155
HB2.3. <i>Efficacité des défenses</i>	p. 155

METHODOLOGIE

1. POPULATION	p. 156
1.1. Critères d'inclusion	p. 156
1.2. Variables prises en considérations	p. 157
1.2.1. <i>Age</i>	p. 157
1.2.2. <i>Sexe</i>	p. 158
1.2.3. <i>Durée de l'abstinence</i>	p. 158
1.3. Description des deux groupes de sujets	p. 159
2. INSTRUMENTS	p. 160
2.1. Des outils pour appréhender la réalité externe perçue	p. 160
2.1.1. <i>L'entretien clinique de recherche</i>	p. 160
2.1.2. <i>Des échelles pour évaluer les stratégies cognitives</i>	p. 165
2.1.2(a) <i>Echelle d'évaluation multidimensionnelle du Coping le Brief Cope de Carver (1997)</i>	p. 166

2.1.2(b) Les échelles d'internalité	p. 167
2.1.2(b.1) L'IPC (I nternal, P owerfull other and C hance scale) de Levenson (1972)	p. 168
2.1.2(b.2) The A lcoholics R esponsability S cale, Worell & Tumilty (1981)	p. 170
2.1.3. <i>Le questionnaire d'événements de vie</i>	p. 172
2.2. Des outils projectifs pour appréhender la réalité intrapsychique	p. 175
2.2.1. <i>Le TAT (Thematic Apperception Test)</i>	p. 177
2.2.2. <i>Le Rorschach : passation classique et analytique</i>	p. 178
3. PROCEDURE	p. 180
3.1. Terrains de recherche	p. 180
3.2. Protocole de recherche	p. 181
3.3. Déontologie et restitution aux sujets	p. 182
4. HYPOTHESES OPERATIONNELLES	p. 185
4.1. Hypothèses HA : Réalité externe perçue	p. 185
<i>HA1 : Attributions causales et attentes vis-à-vis de l'alcool</i>	p. 185
HA1.1. Attributions causales (a,b,c)	p. 185
HA1.2. Attentes	p. 186
<i>HA2 : Stratégies cognitives</i>	p. 186
HA2.1. Stratégies de coping (a,b,c,d)	p. 186
HA2.2. Lieu de contrôle (a,b,c,d,e,f)	p. 188
<i>HA3 : Evénements de vie</i>	p. 189
HA3.1. Nombre d'événements de vie rapportés	p. 190
HA3.2. Capacité du sujet à dater et à situer chronologiquement les événements vécus (a & b)	p. 190
HA3.3. Impact émotionnel des événements de vie (a & b)	p. 191
HA3.4. Liens entre événements de vie et alcoolisation	p. 192
4.2. Hypothèses HB : Réalité intrapsychique	p. 193
<i>HB1 : Organisation de la personnalité</i>	p. 193
HB1.1. Image du corps et représentation de soi	p. 193
HB1.1.1. Image du corps (a & b)	p. 193
HB1.1.2. Représentation de soi (a,b,c,d,e,f)	p. 195
HB1.2. Relation d'objet (a,b,c,d,e,f,g)	p. 196
HB1.3. Angoisse	p. 198
HB1.3.1. Intensité de l'angoisse	p. 198
HB1.3.2. Nature de l'angoisse (a & b)	p. 199
HB1.4. Mécanismes de défense (a,b,c,d,e,f)	p. 201
<i>HB 2 : Fonctionnement mental</i>	p. 206
HB2.1. L'espace imaginaire (a & b)	p. 207
HB2.2. La mentalisation	p. 208
HB2.2.1. Expression pulsionnelle (a,b,c,d)	p. 208
HB2.2.2. Symbolisation (a & b)	p. 210
HB2.2.3. Liaison affect/représentation (a & b)	p. 212
HB2.3. L'efficacité des défenses	p. 213

5. TRAITEMENT DES DONNEES	p. 215
5.1. Etude comparative de palettes de cas	p. 215
5.1.1. <i>Intérêt de la méthode comparative</i>	p. 215
5.1.2. <i>Intérêt d'une étude de palettes de cas contrastés dans une approche intégrative de données quantitatives et qualitatives à visée exploratoire</i>	p. 215
5.2. La méthodologie des convergences	p. 217

RESULTATS

1. REALITE EXTERNE PERCUE (HA)	p. 219
1.1. Causes des alcoolisations et attentes vis-à-vis de l'alcool (HA1)	p. 219
1.1.1. <i>Les causes des alcoolisations (HA1.1)</i>	p. 219
1.1.2. <i>Les attentes vis-à-vis de l'alcool (HA1.2)</i>	p. 233
1.2. Les stratégies cognitives (HA2)	p. 243
1.2.1. <i>Les stratégies de coping (HA2.1)</i>	p. 243
1.2.2. <i>Le lieu de contrôle (HA2.2)</i>	p. 250
1.2.2(a) Résultats concernant l'IPC de Levenson (1972)	p. 250
1.2.2(b) Résultats concernant l'ARS (Worrel & Tumilty, 1981)	p. 252
1.3. Les événements de vie (HA3)	p. 254
1.3.1. <i>Nombre d'événements vécus (HA3.1)</i>	p. 254
1.3.2. <i>Chronologie des événements de vie (HA3.2)</i>	p. 255
1.3.2(a) Informations chronologiques générales	p. 255
1.3.2(b) Événements de vie datés précisément	p. 256
1.3.3. <i>Impact émotionnel des événements de vie (HA3.3)</i>	p. 257
1.3.4. <i>Liens entre événements de vie et alcoolisations (HA3.4)</i>	p. 264
2. REALITE INTRAPSYCHIQUE (HB)	p. 273
2.1. Organisation de la personnalité (HB1)	p. 273
2.1.1. <i>Image du corps et représentation de soi (HB1.1)</i>	p. 273
2.1.1(a) L'image du corps (HB1.1.1)	p. 273
2.1.1(b) Représentation de Soi (HB1.1.2)	p. 278
2.1.2. <i>La relation d'objet (HB1.2)</i>	p. 290
2.1.2(a) Résultats au Rorschach	p. 290
2.1.2(b) Résultats au TAT	p. 304
2.1.3. <i>L'angoisse (HB1.3)</i>	p. 325
2.1.3(a). Intensité de l'angoisse (HB1.3.1)	p. 325
2.1.3(b) L'angoisse dominante (HB1.3.2)	p. 332
2.1.3(b.1) Manifestations de l'angoisse de castration	p. 332
2.1.3(b.2) Manifestations de l'angoisse dépressive de perte d'objet	p. 337
2.1.3(b.3) Manifestations de l'angoisse de morcellement et/ou de destruction	p. 346
2.1.4. <i>Les mécanismes de défense et leur efficacité (HB1.4)</i>	p. 352
2.1.4(a) Les mécanismes de défense au Rorschach	p. 352
2.1.4(a.1) Mécanismes de défense de la lignée névrotique	p. 352
2.1.4(a.2) Mécanismes de défense de la lignée limite	p. 359
2.1.4(a.3) Mécanismes de défense de la lignée psychotique	p. 361
2.1.4(b) Les mécanismes de défense au TAT	p. 367
2.1.4(b.1) Procédés d'Elaboration du Discours de la série A	p. 368
2.1.4(b.2) Procédés d'Elaboration du Discours de la série B	p. 370
2.1.4(b.3) Procédés d'Elaboration du Discours de la série C	p. 372
2.1.4(b.4) Procédés d'Elaboration du Discours de la série E	p. 376

2.2. Fonctionnement mental (HB2)	p. 382
2.2.1. <i>L'espace imaginaire (HB2.1)</i>	p. 382
2.2.2. <i>La mentalisation et la qualité de la symbolisation (HB2.2)</i>	p. 386
2.2.2(a) Dynamique affective (HB2.2.1)	p. 386
2.2.2(a.1) Axe de l'Expression Pulsionnelle	p. 386
2.2.2(a.2) Axe de l'Agressivité	p. 389
2.2.2(b) Qualité de la symbolisation des pulsions sexuelles et agressives (HB2.2.2)	p. 393
2.2.2(b.1) Qualité des symbolisations sexuelles (phalliques et féminines)	p. 393
2.2.2(b.2) Qualité des symbolisations de l'agressivité	p. 398
2.2.2(c) Qualité de la liaison entre affects et représentations (HB2.2.3)	p. 401
2.2.3. <i>Efficacité des défenses (HB2.3)</i>	p. 404

DISCUSSION

1. REALITE EXTERNE PERCUE	p. 415
1.1. Les causes et les attentes	p. 415
1.1.1. <i>Causes (attributions externes/internes) avancées pour expliquer les alcoolisations</i>	p. 415
1.1.2. <i>Les attentes vis-à-vis de l'alcool</i>	p. 419
1.2. Le coping	p. 425
1.2.1. <i>Le coping centré sur le problème</i>	p. 425
1.2.1(a) Comparaison avec les données normatives	p. 425
1.2.1(b) Comparaison des coping utilisés par les sujets alcooliques chroniques et intermittents	p. 426
1.2.2. <i>Le coping centré sur l'émotion</i>	p. 427
1.2.2(a) Comparaison avec les données normatives	p. 427
1.2.2(b) Comparaison des coping utilisés par les sujets alcooliques chroniques et intermittents	p. 428
1.2.3. <i>Le coping centré sur l'évitement</i>	p. 429
1.2.3(a) Comparaison avec les données normatives	p. 429
1.2.3(b) Comparaison des coping utilisés par les sujets alcooliques chroniques et intermittents	p. 431
1.3. Les échelles de lieu de contrôle	p. 433
1.3.1. <i>Discussion autour de l'IPC</i>	p. 433
1.3.2. <i>Discussion autour de l'ARS</i>	p. 435
1.3.3. <i>Conclusion et synthèse</i>	p. 438
1.4. Les événements de vie	p. 439
1.4.1. <i>Les événements de vie du point de vue quantitatif</i>	p. 439
1.4.2. <i>Appréhension de la chronologie : les troubles de la temporalité, une constante de la problématique alcoolique ?</i>	p. 439
1.4.3. <i>L'impact des événements de vie</i>	p. 442
1.4.4. <i>Liens entre événements de vie et alcoolisations</i>	p. 443
2. REALITE INTRAPSYCHIQUE	p. 449
2.1. L'organisation de la personnalité	p. 449
2.1.1. <i>L'image du corps et la représentation de soi</i>	p. 449
2.1.1(a) L'image du corps	p. 449
2.1.1(b) La représentation de soi	p. 453
2.1.2. <i>La relation d'objet</i>	p. 458
2.1.3. <i>L'angoisse</i>	p. 468

2.2. Le fonctionnement mental	p. 479
2.2.1. <i>L'espace imaginaire</i>	p. 479
2.2.2 <i>La mentalisation et les capacités de symbolisation</i>	p. 484
2.2.3. <i>Les mécanismes de défense et leur efficacité</i>	p. 494
 IMPLICATION PERSONNELLE	 p. 508
 CONCLUSION	
 1. LA DIFFERENCIATION ALCOOLISME CHRONIQUE/INTERMITTENT : UN MODELE PERTINENT ?	 p. 517
 2. LIMITES ET CRITIQUES METHODOLOGIQUES	 p. 526
2.1. Population	p. 526
2.2. Instruments	p. 527
2.2.1. <i>Limites relatives au mode d'identification des causes et des attentes</i>	p. 527
2.2.2. <i>Limites liées à l'appréhension des événements de vie</i>	p. 528
2.2.3. <i>De la nécessité d'introduire d'autres évaluations</i>	p. 529
2.2.4. <i>Propositions pour la Grille de la Représentation de Soi</i>	p. 530
2.2.5. <i>Réflexions autour de la complémentarité des épreuves Rorschach et TAT</i>	p. 530
 3. IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES ET PREVENTIVES	 p. 532
 4. PERSPECTIVES DE RECHERCHES	 p. 538
 BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

1. MOTIVATIONS PERSONNELLES

Depuis que je me suis mise à penser des problématiques en psychologie, j'ai toujours été « fascinée » par celles regroupées sous le vaste terme de « dépendance ». Avoir besoin d'un objet, d'une conduite, d'une substance... pour se sentir être, représente, à mes yeux, un des grands mystères de la nature humaine... et peut-être finalement une expérience qui se vit plus qu'elle ne se conçoit... Essayer tout de même.

Ces questionnements m'ont absorbée depuis mes lectures de poètes (Baudelaire, Apollinaire...) et d'écrivains (Poe, Burroughs, Bukowski...), connus autant pour leur art que leur appétence à divers produits, et en particulier l'alcool. D'ailleurs, n'ont-ils pas contribué à m'offrir une représentation presque « romantique » de la consommation...

Me confronter à la réalité... certes, le poétique émerge, mais qu'en est-il de ces autres, de l'homme qui, en silence, derrière sa plume ou anonyme... souffre...

Ainsi ai-je orienté mes choix de stage vers les structures traitant de ces troubles, avec une préférence première pour les toxicomanies, au sein desquelles je ne plaçais pas forcément l'alcoolisme... En effet, à cette époque, je dois le reconnaître, l'alcool en tant que drogue légale, ancrée dans notre culture, n'était pas au cœur de mes préoccupations. Pourtant, je connaissais des personnes « alcooliques »... des proches même. Tout du moins, « on » me les avait désignés comme tel, et je ne mesurais pas les implications de cette nomination. L'alcool est fête, l'alcool est plaisir, et même dans ces anecdotes de « pochard », je ne percevais que le « bon vivant »... Ces stéréotypes furent rapidement balayés, lorsque j'obtins un stage auprès de personnes alcooliques, hospitalisées pour sevrage. Et, leur détresse, communiquée au-delà des mots, m'a touchée au plus profond... L'alcool n'est pas que fête, ni plaisir...

Suite à mon premier travail autour de cette problématique (mémoire de DESS), de trop nombreuses questions restaient en suspend. A ce moment, j'avais interprété l'alcoolisme comme un retour vers un vécu « fusionnel » (mais non au sens psychotique...), et surtout comme une tentative pour retrouver la bonne mère, plus idéalisée que réelle. L'alcool, le verre, la bouteille seraient, en quelque sorte, l'incarnation de cette figure maternelle.

Or, force est de constater que mes interprétations correspondaient plus à certains patients...

En effet, une rencontre a été déterminante à la fois dans ces réflexions et pour ma démarche de recherche. J'ai assuré le suivi de M. R pendant son séjour.

Je fus particulièrement affectée par cet homme, si déprimé, sans élan vital, sans espoir pour l'avenir... Après un premier contact difficile, nous nous sommes longuement entretenus. Je me souviens avoir été impressionnée par ses capacités d'introspection, sa clairvoyance par rapport à son trouble et à lui-même, le déploiement de ses affects... Il ne ressemblait pas aux autres patients hospitalisés (il m'avait dit ne pas être dépendant physiquement de l'alcool), d'ailleurs toute sa personnalité ne me paraissait pas prototypique des personnes alcooliques « classiques », et pourtant – il le reconnaissait lui-même – il était alcoolique...

Je venais de rencontrer, sans le savoir, le premier sujet alcoolique « intermittent ».

2. INTERET SCIENTIFIQUE

L'alcoolodépendance représente un véritable problème de santé publique.

En 2005, selon OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), 10% des adultes ont ou ont eu un usage problématique d'alcool. Bien que ces chiffres soient stables depuis les années quatre vingt dix, 8% des français âgés de 15 à 75 ans peuvent être considérés comme ayant un risque de consommation chronique.

Cependant, selon cet organisme, il est difficile d'évaluer le nombre exact de sujets alcoolodépendants. En effet, selon les études et la méthodologie employée (repérage au téléphone, à partir de grilles...), ces chiffres varient du simple au double (de 1.1% à 4.2% des femmes ; de 0.4% à 14.5% des hommes). Néanmoins, nous pouvons estimer à cinq millions le nombre de consommateurs excessifs, dont deux à trois millions de sujets alcoolodépendants.

L'alcoolisme a la particularité de toucher tous les domaines de l'existence (précarité social, problèmes médico-légaux, famille, santé, travail...), et représente un coût pour la société. La santé est particulièrement affectée. En effet, parmi les patients hospitalisés, 7% seraient dépendants à l'alcool, de même 5% des consultations médicales sont concernées par ce problème (Mouquet & Villet, 2002). En France, 45000 personnes décèdent chaque année à cause de l'alcool. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable (après le tabac). C'est la population masculine qui paie le plus lourd tribut, avec une surmortalité liée à l'alcool de 30 % supérieure à la moyenne européenne (Arwidson & al., 2005). Ces quelques données épidémiologiques soulignent la nécessité de poursuivre des recherches autour de cette problématique qui, sans résoudre le problème, permettrait de mieux le comprendre et donc d'y répondre plus efficacement.

Par ailleurs, suite à la confrontation clinique avec deux styles de conduites alcooliques (chronique avec dépendance physique ; sporadique, sans dépendance physique), nous nous sommes interrogés sur leurs spécificités respectives.

Les nombreuses typologies de l'alcoolisme parcourues alors (les descriptions ne manquent pas !) nous sont apparues pour le moins incomplètes, se bornant aux aspects de surface. De plus, en explorant les études réalisées sur l'un et/ou l'autre de ces deux types, nous n'avons trouvé que très peu d'éléments sur la consommation périodique, et moins encore dans une perspective comparative. Une telle orientation n'est d'ailleurs pas encouragée par la tendance actuelle soutenue par le concept d'alcoolodépendance (perte de la maîtrise de la consommation). Bien que ce concept distingue consommation chronique et compulsive, il tendrait à uniformiser la conduite alcoolique sous la bannière de la dépendance. Or, celle-ci n'est pas équivalente. En effet, si la dimension psychique est prégnante dans les deux types, la dépendance physique se surajoute dans le cas d'une consommation chronique...

Ainsi, la majorité des recherches portent uniquement sur le versant chronique de l'alcoolisme, d'où sont tirées des conclusions générales sur l'alcoolodépendance... Il semble alors exister un postulat, pourtant peu contrôlé, et renforcé par le concept uniformisant de dépendance, prônant une problématique alcoolique à visage standard, unique...

Il convient donc d'approfondir ces connaissances, en opérant un retour vers les modèles plus anciens, afin de contribuer à la conceptualisation de la psychopathologie de(s) l'alcoolisme(s). D'autant que sur les plans préventif et thérapeutique, la prise en charge de l'alcoolodépendance se heurte à de nombreux écueils... des échecs en dépit de la mobilisation tant médicale, gouvernementale que médiatique.

3. PROBLEMATIQUE

Notre expérience clinique auprès de patients alcooliques, nous a permis d'observer différentes motivations et manières de boire qui mènent à l'alcoolodépendance.

Or, nos recherches préliminaires nous ont montré certaines lacunes dans la détermination des deux principales conduites : l'alcoolisme chronique (consommation régulière voire quotidienne d'alcool ; dépendance physique et psychologique) et alcoolisme périodique (consommation compulsive et intermittente ; dépendance psychologique). Cette démarche paraît d'autant plus entravée par le regroupement sous le terme général d'alcoolodépendance.

Ce constat nous a amenée à opérer un retour aux nosographies classiques, et à isoler deux types d'alcoolodépendance, que nous avons nommé : « alcoolisme chronique » et « alcoolisme intermittent ». Loin de proposer une nouvelle terminologie, cette centration invite à mettre en relation les tendances actuelles autour du concept d'alcoolodépendance et les typologies plus anciennes.

L'objectif de notre recherche consiste à vérifier l'intérêt de cette position uniformisante articulée autour de la dépendance : ces conduites de consommation sont-elles l'expression comportementale nuancée d'une même unité psychopathologique ? Ou au contraire, masquent-elles d'autres différences ? Peut-on réellement assimiler alcoolisme chronique et intermittent ? Au regard de la rareté des études réalisées en ce sens, s'est ouvert à nous un vaste champ à explorer. Parmi la diversité des pistes d'approche, les entretiens menés auprès de patients, nous ont conduits à avancer de possibles divergences au niveau de l'appréhension subjective de la réalité externe (manière de parler le trouble, ses émotions... attributions, attentes, coping, lieu de contrôle, événements de vie), et de la réalité intrapsychique (organisation et fonctionnement intrapsychique). Il nous apparaît, en effet, important de considérer conjointement ces deux versants de la réalité, au-delà des descriptions plus factuelles, en introduisant le point de vue subjectif du sujet « conscient » et « inconscient ».

Après un bref rappel historique de la place et des fonctions attribuées à l'alcool, nous nous intéresserons aux modèles descriptifs et typologiques de l'alcoolisme. Nous identifierons les facteurs étiologiques (externes/internes). Puis, nous observerons les avancées des courants cognitivo-comportemental et psychodynamique, qui vont guider notre travail.

Par ailleurs, l'appréhension des deux réalités nous conduit aux choix méthodologiques suivants : nous rencontrerons deux groupes de sujets alcoolodépendants, chroniques et intermittents. La réalité externe sera approchée grâce à des entretiens (attributions des alcoolisations et attentes vis-à-vis de l'alcool exprimées spontanément par les sujets ; événements de vie) et des échelles d'évaluation (coping et lieu de contrôle). La réalité externe sera explorée à l'aide des projectifs (TAT et Rorschach, passation classique et analytique). Nos hypothèses se centreront sur la mise en évidence des points communs entre alcoolisme chronique et intermittent, qui devraient révéler des caractéristiques de l'alcoolodépendance ; et sur les possibles différences sous-jacentes à ces conduites.

Ainsi, nos analyses nous permettront d'estimer la pertinence de cette distinction entre alcoolisme chronique et intermittent, et d'envisager une approche de l'alcoolisme moins univoque que celle sous-tendue par le concept d'alcoolodépendance.

CADRE THEORIQUE

1. L'ALCOOL DANS L'HISTOIRE, UNE HISTOIRE DE L'ALCOOL

*« Des pigeons verts avaient laissé tomber quelques grains de riz au creux que forment trois branches à leur départ, en couronne, d'un tamarinier.
Les oiseaux qui venaient boire de l'eau de cette fontaine improvisée s'enivraient et devenaient inertes au pied de l'arbre. Les singes altérés connurent pour en avoir bu, l'action enivrante de cette eau, et après un instant de torpeur, ils reprenaient leur course folle dans la forêt.
Soula, un chasseur qui passait, examina d'abord les animaux couchés autour de la poche d'eau.
Il, supposa que l'eau était la cause de leur sommeil.
En buvant à son tour, il expérimenta une ivresse qui se traduisit par un sommeil profond.
A son réveil, il rejoignit les siens, muni de ce liquide, et en fit goûter au roi.
Celui-ci, après trois jours d'ivresse voulut qu'on retournât à la provision.
On finit par découvrir les éléments additionnés à l'eau. Ceci permit de fabriquer sur place cette boisson qui, entrée dans les usages du peuple, y amena beaucoup de désordre. »*

Fouquet & De Borde (1990)

Cette légende laotienne (Fouquet & De Borde, 1990) retrace-t-elle les origines historiques de l'alcool ? Sa découverte ne serait-elle alors que le « fruit » d'un pur hasard ? Notre planète regorge de plantes susceptibles de se métamorphoser en liquide fermenté, donc en alcool. Ainsi, vraisemblablement, l'usage et la consommation de ces productions faisaient partie intégrante de l'alimentation préhistorique ; bien avant la sédentarisation, l'agriculture, ou la maîtrise de la distillation des dites boissons. C'est donc une longue histoire (d'amour ?) qui lie l'alcool à l'homme ou plutôt... l'homme à l'alcool... *« existe-t-il un lien caché, enfoui dans l'inconscient collectif ou dans l'héritage anthropoculturel entre les valorisations, dont le vin, la bière ou l'alcool furent et sont encore l'objet, et l'attitude de l'homme d'aujourd'hui devant l'alcoolisation et l'alcoolisme ? »* (Fouquet & De Borde, 1990).

1.1. Rappel étymologique.

Etymologiquement, « alcool » provient du mot arabe « al-khâl » ou « al kohol » qui se traduit littéralement par « antimoine pulvérisé ». Ce terme signifie un maquillage (sens conservé de nos jours, « un crayon khâl »...) qui agrandit les yeux, les rend plus vif, et donc incite au regard voire au plaisir. Il se traduit encore par « magicien » et « ténèbres ». Les chimistes arabes donnèrent ce nom à ce breuvage aux effets si spéciaux, nous laissant entrevoir certaines vertus accordées, par essence, à ce produit, dès lors porteur d'ambivalence.

Une seconde origine proviendrait du latin et du langage de l'alchimie, où le préfixe « alko » désigne « un produit ayant subi une distillation incomplète ». Elle renvoie donc davantage au procédé de fabrication de ces boissons plutôt qu'à leurs qualités intrinsèques. Le mot « alcool » sera introduit en Occident au retour des Croisades. Plus précisément, c'est vers 1586 que le terme « alcohol » apparaît en France (Sournia, 1986). Il appartiendra au langage de l'alchimie, caractérisant ce qui est « subtil ».

Le Littré de 1863 introduit le terme d'« alcoolisme ». Il désigne une maladie affectant les populations des pays froids et une certaine classe sociale (ouvriers). Il insiste également sur la faculté de l'alcool à modifier les humeurs (vin qui rend triste, agressif, joyeux...).

1.2. Au delà de l'histoire... un mythe...

*« Allons, mon garçon,
Apporte-nous une coupe
Afin que je porte un toast cul sec
Verse d'abord dix mesures d'eau,
Ensuite cinq de vin
Afin que je puisse sans me sentir inconvenant
Me lever encore une fois pour célébrer Bacchus. »*
Anacréon (VI^e s. av. JC.)

Chaque mythologie masque l'ombre d'une réalité historique. Existe-t-il un mythe de l'alcool ? Sans nul doute... L'alcool est la seule substance connue de tous les peuples et mystifiée par eux. « *Toutes les sociétés qui ont élaboré des boissons enivrantes ont cherché à transcender la réalité quotidienne par l'ivresse* » (Bernand, 2000). Ainsi, les mystères qui entourent l'alcool et son action l'ont promu au rang de déité, ou comme digne représentant du divin. « *L'élévation de l'homme au dessus de sa condition le rapproche aussi des dieux, et ce bonheur de devenir autre suscite le désir irrésistible de le renouveler sans cesse* » (Sournia, 1986). En dépit de différences de culture ou de croyance, ces mythes présentent des analogies, qui rendent à l'homme, « grâce » à l'alcool, son universalité... Partout l'alcool, et en particulier le vin, est peu à peu devenu un liquide sacré. Si les sociétés primitives pratiquaient le sacrifice, « *au rite du sang s'est substitué progressivement l'usage des boissons alcoolisées, celles-ci procurant des bienfaits identiques* » (Milleret & Caravello, 1997).

Vers 3000 av JC, les Egyptiens vénéraient Osiris, dieu de la vie après la mort, et du vin dont il détient les secrets. Nourriture et boisson, placées auprès des morts, garantissaient alors le passage dans l'autre monde. Vers 1500 av JC, ces rites se compliquent, les sacrifices deviennent essentiels, « les dieux ont soif », il faut leur offrir à manger, et surtout à boire.

Les mythes Grecs et Romains sont certainement les plus connus. « *La place du vin dans leur civilisation allait au-delà du monde des affaires et du plaisir : il possédait une signification mystique qui s'exprimait par le culte du Dieu du vin* » (Labrousse, 1999).

Dans la mythologie grecque, Dionysos, à l'origine de la transformation de la vigne en vin, parcourut le monde Antique afin d'offrir aux hommes les clés de sa fabrication. Il devint Dieu de la joie, du délire orgiaque et surtout de l'ivresse, frappant de folie les mortels se refusant à son adoration. « *Il est Dieu du vin, source de vie, "eau de vie" (...) symbole de la fertilité, de la sexualité* » (Milleret & Caravello, 1997). Les Dionysies représentaient un phénomène culturel essentiel, mais souvent entaché de violence, où les cris et la fureur faisaient place à la prostration, l'hébètement... décrivant ainsi les étapes de l'alcoolisation.

Les Romains célébraient les Bacchanales, occasionnant de telles débauches, qu'elles furent interdites en 186 av. JC. Or, le culte de Bacchus est tenace, car il représente « *le dieu de l'autre monde après la mort, qui redonnait la vie* » (Labrousse, 1999), César lui-même les réintroduira. Ces orgies finirent par disparaître sous l'influence du Christianisme ; ou plutôt, elles s'assagirent pour devenir les carnivals que nous connaissons aujourd'hui.

Les textes sacrés (la Bible comporte 200 à 600 citations en référence à l'alcool) se sont toujours montrés ambivalents, faisant à la fois l'éloge du vin qui fortifie le corps et le cœur, et condamnant l'ivrognerie qui rend les hommes menteurs et paresseux. Rappelons Noé, frappé par la honte, après s'être présenté ivre et dénudé à ses fils, ou encore Loth, incestueux sous l'emprise de l'alcool. Le lien entre sexe et alcool fut rapidement reconnu, mais le tabou du sexe est resté plus fort que celui de l'ivresse... le premier ne pouvant être levé sans le second. Néanmoins, la vigne est le symbole de prospérité et de paix : « *le vin est un don (...) la fête éternelle de l'envahissement de Dieu en l'homme, pour qu'il devienne à l'image de son créateur* » (Fouquet & De Borde, 1990). Le Christ fit du vin l'incarnation de son sang sacrifié, dont doivent s'abreuver les fidèles pour communier avec lui. Nous comprenons alors mieux les positions moralisatrices de l'Eglise quant à l'abus d'alcool, bien que paradoxalement, cette valeur mystique fasse que « *l'Eglise catholique [soit] plus indulgente à l'égard des excès dus à cette boisson sacrée...* » (Sournia, 1986).

L'alcool revêt donc un aspect sacré qui, au travers de festivités ritualisées, permet la négligence des interdits moraux et sociaux sous prétexte de communion avec Dieu. Même le Coran, prohibant la consommation d'alcool, promet l'ivresse éternelle dans son paradis.

Au-delà de la fraternité éveillée par ces cérémonies, l'alcool a (presque) toujours accompagné les rites de passages... source de courage face à la guerre, au surnaturel, ou encore à la mort.

Mais, contrairement à l'omnipotence du pouvoir divin, les croyances vis-à-vis l'alcool se teintent d'ambivalence : puissance, virilité et plaisir côtoient destruction, régression tant individuelle que sociale... En effet, l'ivresse non contrôlée éloigne l'homme de son humanité non pour l'unir au divin, mais pour le confondre avec/dans son animalité.

Aujourd'hui encore, ces symboles restent ancrés dans les représentations de l'alcool, essence même de l'homme... Milleret & Caravello (1997) posent la question d'« *un lien enfoui dans l'inconscient collectif entre les valorisations sacrées dont l'alcool fut l'objet et l'attitude de l'homme aujourd'hui devant l'alcoolisation* ». Ainsi, les discours médicaux en particulier, se heurtent à ce mythe... peut-être devraient-ils s'adresser plus directement à lui...

1.3. Les grandes étapes de la découverte de l'alcool.

« Dieu créa l'eau, mais l'homme fit le vin »
Victor Hugo (1846-1855) « Les Contemplations »

La fermentation, permettant d'obtenir de l'alcool par décomposition du sucre des céréales ou des fruits, est antérieure à l'homme et ne dépend aucunement de son action... C'est vraisemblablement le miel qui a fourni aux peuples de l'Occident à l'Ancien Continent le premier alcool buvable (hydromel). La bière apparut à Babylone, plus de 4000 ans av. JC. De l'Egypte à la Mésopotamie, elle fut longtemps une boisson de notoriété nationale. L'existence de la vigne est estimée à 6000 av. JC (Mésopotamie). Or, elle ne correspond pas à consommation de vin ; les indices attestant de son élaboration datent de 5000 à 2500 av. JC. L'Egypte est la première civilisation à décrire et célébrer le vin. Aux environs de 1700 av. JC, le code d'Hammourabi régissait le commerce des boissons alcooliques (Sournia, 1986).

Si les Grecs commencèrent par consommer de l'hydromel, les premières cultures de vigne apparurent vers 1000 av. JC. Il fut rapidement une source d'essor économique mais aussi une manière de démontrer sa culture (rite d'hospitalité), de prendre du plaisir.

En effet, les Grecs appréciaient autant l'alcool que la conversation ; d'ailleurs « symposium » signifie littéralement « boire ensemble ». Ces libations collectives, favorisant l'enrichissement de la condition humaine en tant qu'acte de convivialité et de fraternité, s'opposaient aux ivresses individuelles, vivement condamnées. « *L'excès de boisson n'était pas d'un honnête homme, comme d'un excès de langage ou d'une conversation ennuyeuse* » (Sournia, 1986). Rite essentiel où se mêlent fonctions religieuses et civiques du vin, dont les louanges furent chantées, sans que l'on puisse estimer la consommation réelle du peuple grec.

Les Romains découvrirent la vigne grâce aux Grecs, mais le vin demeurait une denrée rare et proscrite à une grande partie de la population, en particulier aux femmes. Le commerce du vin fut également une source d'enrichissement pour la Rome Antique.

La poésie romaine célèbre la gloire du vin à partir du 2^{ème} siècle après JC. Ces vers attestent de l'existence de l'alcoolisme à Rome, sans que ce phénomène soit nommé comme tel.

En Gaule, la bière (cervoise) fut longtemps la boisson favorite. En adoptant la vigne c'est toute la civilisation romaine que les Gaulois ont accueillie. Le vignoble s'étendit alors en moins de deux siècles à l'ensemble de la Gaule.

Au IV^{ème} siècle, partout où le christianisme s'est installé, la vigne s'est implantée. Le clergé et les rois successifs contribuèrent beaucoup à la gloire du vin. Néanmoins, l'intempérance, attribuée à un vice païen, était vivement punie. Du VI^{ème} au IX^{ème} siècle, quelques conciles s'élevèrent contre l'abus d'alcool déclaré dangereux... sans grand succès.

Du VI^{ème} au XIV^{ème} siècle, la consommation de vin s'étendit à toutes les classes sociales, notamment par le développement des villes. Au Moyen-âge, « *l'ivresse était comique, l'ivrogne ignoré* » (Sournia, 1986), et le nombre de buveurs ne cessa d'augmenter.

A la Renaissance, l'usage du vin fut associé au plaisir, à l'amitié, l'amour...

L'apparition des boissons distillées est plus tardive, et l'ancêtre de l'alambic reste un secret bien gardé. Les Chinois seraient les premiers à avoir tenté d'extraire l'essence de leurs infusions en les chauffant. C'est à Arnaud de Villeneuve, au XIII^{ème} siècle, que l'on attribue la découverte de l'alcool, liquide léger, volatil, inflammable. Les « vertus revigorantes » de cette production lui donnèrent le nom d'« aqua vitae », eau de vie.

Dès la fin du XVI^{ème} siècle, tout l'Occident connaissait l'alambic, chaque nation inventa SA boisson distillée, et les populations découvrirent avec avidité ces nouveaux produits plus forts, qui rendaient la vie « plus belle », plus vite et à un meilleur prix.

Le XVII^{ème} siècle a vu naître les grands crus. La consommation d'alcool s'accrut à l'aube de la Révolution, Paris consommait 250000 muids (1 muids = 268 litres) de vin par an.

Au XIX^{ème} siècle, « *c'est le temps du vin pour toutes les soifs* » (Labrousse, 1999) : de l'élite aux couches populaires... Cette période durera jusqu'à ce que l'ivresse soit punie par la loi du 1 octobre 1917. Cependant, la révolution industrielle et l'émergence de la classe ouvrière augmenta encore la consommation, passant de 15 à 35 litres par an et par adulte.

Si les deux Guerres Mondiales amenèrent des restrictions, l'après guerre fut gagnée par un regain d'usage de l'alcool. Il est impossible d'estimer le nombre de buveurs excessifs de cette époque du fait de la distillation domestique. Or, en 1960, le droit des « bouilleurs de cru » fut peu à peu aboli pour des raisons économiques évidentes.

Au fil des siècles, les crises de méventes furent rares, l'exploitation de l'alcool étant source d'essor économique, une rente stable... « *Les gouvernements pouvaient d'autant moins s'en préoccuper que tout commerce, tout transport, toute boutique était pour eux une source de revenus* » (Sournia, 1986). A l'heure actuelle, peu de nations ont renoncé à tirer profit de cette « drogue licite »... et c'est hypocritement que seuls les débits de boisson sont devenus une cible. Certes, l'ivrognerie a toujours existé, mais l'opinion commune (soutenue par les médecins) a longtemps considéré qu'elle ne touchait que les classes populaires.

1.4. De l'alcool magique à l'alcool poison : naissance du concept d'alcoolisme.

*« Le vin est une chose convenable pour l'homme,
tant pour l'homme sain que pour l'homme malade ;
il doit être consommé et administré au moment opportun
et dans une juste proportion suivant la constitution individuelle »*

Hippocrate

Tout au long de l'histoire, la relation entre l'alcool et la médecine s'est teintée d'ambivalence.

Dès l'Antiquité, des vertus curatives et donc médicales furent attribuées à l'alcool. Hippocrate prescrivait du vin pour soigner les blessures ou calmer la fièvre. Il fut le premier, sans le savoir et sans faire le lien avec l'alcool, à décrire les symptômes du delirium tremens.

Au Moyen-âge, le vin permettait d'éloigner sinon d'éviter la peste, le choléra, et toutes les maladies véhiculées par l'eau, dès lors jugée dangereuse. L'aqua vitae, véritable « fontaine de jouvence », fortifiait, guérissait ou protégeait de nombreux maux (douleurs...), et ouvrit de nouvelles perspectives en tant qu'anesthésique et antiseptique.

Au XIX^{ème} siècle, l'identification chimique de l'alcool fut établie (CH₃CH₂OH). Jusqu'à cette période, l'alcool, « *élixir de longue vie, solvant idéal et surtout conservateur des plantes médicinales* » (Fouquet & De Borde, 1990), représentait la réussite des rêves de l'alchimiste, une panacée... de sorte que l'éthylothérapie connut son apogée durant ce siècle. L'alcool était prescrit pour tout (céphalées...) et n'importe quoi (fortifiant du lait...). Ainsi, comme tout produit de la pharmacopée, seule la modération était d'usage.

Longtemps, les médecins contribuèrent à l'alcoolisation de leurs patients. Certes, ils devaient prendre en charge des patients malades de l'alcool, mais sans identifier le produit comme cause de leur pathologie. Pourtant, dès le XI^{ème} siècle, Simeon Seth, médecin de Constantinople, avait tôt fait de remarquer que l'abus de vin provoquait « l'inflammation du foie » (Sournia, 1986). Ces notes sont tombées dans l'oubli durant de nombreux siècles...

D'ailleurs, les médecins ont longtemps distingué les boissons « hygiénistes » (vin, bière), considérées comme non pathogènes et dont la consommation était recommandée pour préserver sa santé, et les boissons distillées plus dangereuses. Cette erreur atteindra son paroxysme en 1924 (Sournia, 1986), où le ministre de l'éducation demanda aux instituteurs de préconiser et d'apprendre l'usage de vin à leurs élèves afin d'éviter l'alcoolisme !

A partir du XIX^{ème} siècle, certains médecins s'élevèrent contre ces pratiques thérapeutiques issues de croyances trompeuses. Bien que l'ivrognerie (« vice », « tare » principalement familiale) ait toujours existé, la création du terme d'**alcoolisme** en **1849**, par un médecin suédois Magnus Huss, introduisit de nouvelles perspectives. Il se définit comme « *l'ensemble des manifestations pathologiques du système nerveux, aussi bien psychiques que motrices et sensorielles, se constituant progressivement (...) et qui surviennent chez des personnes ayant consommé pendant de longues années des quantités excessives de boissons alcooliques* » (cité par Sournia, 1986). Le suffixe « isme » insiste sur le fait que cette pathologie est produite par l'intoxication à l'alcool, et ainsi l'érige parmi les maladies. Selon Huss (1849), l'alcoolisme n'est pas héréditaire, seuls le besoin et l'habitude déterminent cette pathologie. Cette habitude émane, en elle-même, de différents facteurs tels que le logement insalubre, des conditions de vie difficile, l'exemple des parents...

L'intérêt de son œuvre est d'avoir établi un recueil détaillé des lésions dues à une consommation prolongée d'alcool. Au carrefour du médical et social, les sujets reconnus alcooliques ne seront, dès lors, plus traités comme porteur d'une tare mais comme des malades. Cependant, ces travaux ne furent pas accueillis avec enthousiasme par le corps médical, soutenant que cet « alcoolisme » n'existait pas en France ! Néanmoins, en 1852-1853, ce concept fut adopté, et des chapitres consacrés fleurirent dans les manuels médicaux (Sournia, 1986). L'Etat chercha à chiffrer l'incidence de l'alcoolisme, mais ces statistiques se trouvèrent limitées par l'ambiguïté de ce nouveau concept : quels sont les liens entre alcoolisation et alcoolisme ? Désigne-t-il des lésions corporelles ou des troubles mentaux consécutifs à l'absorption d'alcool ? Quid des manifestations aiguës de l'alcoolisation ?...

L'aube du XX^{ème} siècle fut marquée par une étude plus scientifique de l'alcoolisme, même si cet intérêt dépendait pour beaucoup de facteurs émotionnels, économiques ou politiques... l'ombre des vertus de l'alcool persiste...

Les médecins s'attachèrent donc à décrire les causes directes ou indirectes (principalement considérées comme aléatoires), les conséquences organiques (cirrhose...) et mentales, ainsi que les différents types d'alcoolisme (mondain, féminin...). Or, en dépit d'une volonté manifeste, les tableaux symptomatiques, si hétérogènes, demeuraient pour le moins confus...

Les thèses aliénistes furent rapidement dominantes : l'alcoolisme est une tare héréditaire et c'est l'avenir de la nation toute entière qui est menacée ! Les malades alcooliques étaient, de ce fait, internés dans des asiles, bien que les liens entre aliénation et alcoolisme restent obscurs. Néanmoins, ce courant est à l'origine de statistiques plus précises.

En 1939, même si les questions autour de l'hérédité n'étaient pas élucidées, l'adjectif « dégénéré » ne fut plus accolé au terme « alcoolique ». Les malades furent alors admis à l'hôpital (Sournia, 1986).

Dès 1950, les médecins se sont regroupés en « Société d'Alcoologie », toujours d'actualité. C'est l'époque des classifications de l'alcoolisme (Jellinek, 1940-1960 ; Fouquet, 1951 ...) selon différents facteurs (psychique, tolérance, toxique, contrôle...), des premières descriptions de la personnalité alcoolique... Depuis 1976, l'alcoologie est une matière qui figure au programme des études de médecine.

La médecine a donc entretenu des relations ambiguës avec l'alcool, et les croyances quant aux vertus thérapeutiques de l'alcool ont considérablement entravé la reconnaissance et la prise en charge de ce trouble. Il fut même admis que seul l'alcool pouvait guérir de l'alcoolisme ! Aujourd'hui encore, ces convictions demeurent dans l'inconscient collectif, y compris celui des médecins, qui préconisent la consommation (modérée bien sûr !) de vin pour éviter les maladies cardiovasculaires ou pallier le manque de fer...

1.5. Entre soins, lutte et prévention.

« Aujourd'hui, en cette douce journée de l'hiver 1919, je peux avec tous les autres membres de l'ASL (Anti-Saloon Ligue of America) enfin crier victoire : le 18ème amendement à la Constitution proposé par le Congrès interdisant de fabriquer, de transporter et de vendre la moindre boisson alcoolisée, vient d'être accepté par tous les états et sera appliqué dès le 16 janvier prochain. »

Anonyme

L'histoire des **soins** est marquée de nombreux remaniements propres à l'accroissement des connaissances sur l'alcoolisme, et aux multiples « déceptions » du corps médical, dans la prise en charge de ces patients. « *Par leur comportement comme par les échecs qu'ils infligent aux médecins, ils font scandale* » (Sournia, 1986). Si les crises aiguës semblaient réversibles, l'alcoolisme chronique, lui, se montrait plus farouche... Certains prônèrent une cure progressive, d'autres un sevrage brutal... Entre 1899 et 1903, les médecins eurent l'espoir, rapidement déçu, de créer un vaccin. Au milieu du XXème siècle, la cure de dégoût (effet de l'alcool rendu chimiquement négatif grâce au disulfiram) fit son apparition.

Peu à peu, aux traitements médicaux s'ajoutèrent des thérapeutiques visant à rétablir les fonctions motrices et la conscience morale des patients. « *Les médecins réclamaient aussi qu'après la guérison, les malades soient entourés, protégés, surveillés, pour les aider dans une abstinence* » (Sournia, 1986). Cependant, les succès relatifs ont découragé certains médecins qui se sont alors réfugiés dans les jugements moraux, « *aussi incapable(s) que la société (...) de décider si l'alcoolisme était un vice ou une maladie* » (Sournia, 1986).

Dans les années soixante, les personnes alcooliques ont bénéficié de la découverte des psychotropes, destinés à apaiser l'envie d'alcool et/ou utilisés comme répulsif. Parallèlement, le repérage des buveurs s'est affiné, notamment grâce à l'apparition des indices humoraux (gammas GT ; Volume Globulaire Moyen). Ces tests biologiques permettent à la fois le dépistage et le suivi des progrès du patient. Ces années sont également marquées par la naissance, en France, des mouvements d'anciens buveurs (« Alcooliques Anonymes »...). Dans les années soixante dix, les « Consultations d'Hygiène Alimentaire » (CHA) sont créées. Bien que centrées sur la prise en charge de l'alcoolisme, aucune mention n'y figure dans leur titre... En 1983, elles deviennent les CHAA (Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie).

Peu à peu, les personnes alcooliques ne furent plus hospitalisées en psychiatrie. Des services spécialisés commencèrent à éclore, proposant des soins spécifiques. Les structures intermédiaires (CMP...) se sont développées promouvant une approche globale de l'alcoolisme, hors de l'hôpital (réinsertion, soutien...). Ainsi, la dimension psychologique du trouble a pris de plus en plus d'importance, et il est aujourd'hui admis que seule une aide combinant médical et psychologique peut mener la personne alcoolique vers la « guérison ».

Au-delà des soins, la **lutte contre l'alcoolisme** anima des passions, parfois des croisades... A cet égard, notre pays, contrairement à d'autres, Etats-Unis en tête, est caractérisé par sa modération, figurant les « *hésitations des pouvoirs publics à l'égard d'une institution dont on ne peut ni exagérer ni sous estimer les dangers, mais surtout dont on ne veut pas négliger ni la nécessité sociale, ni l'intérêt fiscal* » (Sournia, 1986). Comme en témoignent l'interdiction tardive de la distillation domestique (1960), davantage pour des raisons économiques que de santé publique, et le laxisme vis-à-vis des débits de boisson...

Les gouvernements du XIXème siècle se montrèrent ambivalents à l'égard des débits de boisson : les laissant tantôt « fleurir » pour des raisons financières et sociales (lieu de rencontre... le syndicalisme est né dans les bars...), tantôt adoptant des mesures restrictives (punition de l'ivresse...). Cependant, beaucoup buvaient ailleurs (prescription médicale, distillation personnelle...), de sorte que les arguments anti-alcool convainquaient peu.

Dans l'entre deux guerres, on chercha à établir un équilibre impossible entre accroissement des ressources fiscales et satisfaction des consommateurs, sans favoriser les alcoolisations... C'est l'époque de la création des licences. La Seconde Guerre Mondiale fut marquée par l'adoption des lois moralisatrices du gouvernement de Vichy. Néanmoins, la France fut le pays d'Europe comportant le plus de cafés (1 pour 97 habitants ; Sournia, 1997). Or, nous pouvons douter que l'interdiction des débits de boisson conduise à une baisse notoire de l'alcoolisme. En effet, de nos jours, leur nombre ne cesse de baisser, pourtant les chiffres de l'alcoolodépendance n'affiche pas un recul spectaculaire... au contraire...

L'« Association contre l'abus des boissons alcooliques » fut créée en 1872. Elle devient, un an plus tard, la « Société Française de Tempérance », soutenant les boissons hygiénistes comme non dangereuses. En 1905, elle rompt avec cette idée et s'associe à « l'Union Antialcoolique » (née en 1885) pour fonder la « Ligue Nationale contre l'Alcoolisme » (Sournia, 1986). Malgré ses tendances radicales, elle finit par admettre que de nombreux français ne sont pas prêts à supprimer l'alcool de leurs habitudes.

Il est ardu d'estimer leur impact sur la consommation et l'alcoolisme. En prônant l'abstinence totale, elles ont suscité la méfiance sinon le rejet, et n'ont pas joui d'un grand pouvoir auprès des législateurs. « *La société française n'a jamais admis les dangers des consommations excessives d'alcool, si bien que les sociétés prônant la modération ne furent jamais ni bien comprises ni prises au sérieux* » (Sournia, 1986). Bien qu'elles n'aient jamais constitué une force active, comme aux Etats-Unis, ces sociétés ont permis des élans de réflexion.

Ces constats nous amènent à évoquer l'expérience de la prohibition. La première fut celle prônée par Mahomet au VII^{ème} siècle. Or, le Coran n'interdit pas de boire de l'alcool, mais conseille de ne pas consommer... afin « *de garder ses facultés d'intuition pour cheminer vers l'absolu* » (Fouquet & de Borde, 1990).

L'exemple le plus célèbre reste donc le « régime sec » des Etats-Unis au début du XX^{ème} siècle. Sous l'impulsion de la Ligue Antialcoolique, le 17 Janvier 1920, le 18^{ème} amendement de la constitution américaine interdit la production, la vente et la consommation de boisson alcoolisée. Dans ses premières années, la prohibition eut des effets sanitaires notables : les alcooliques « n'existaient plus », les autorités et la médecine se désintéressèrent de cette pathologie. Or, l'application de la loi fut difficile sinon impossible : la fraude et le trafic ne cessèrent d'augmenter. Les américains distillaient partout et n'importe quoi (copeaux de bois produisant un poison violent). « *On n'assista pas à un bouleversement des manières de boire, les abstinentes le restèrent, les buveurs le restèrent, du moins on s'intéressa de nouveau aux malades* » (Sournia, 1986). Cette loi fut donc abrogée treize ans plus tard par Roosevelt.

La France aussi adopta une prohibition modérée. L'absinthe fut interdite en 1915 en raison d'une substance toxique présente dans sa composition chimique. Cependant, l'Etat visa peut-être l'absinthe pour ne pas s'attaquer à l'alcool en général...

Ainsi, cette position est difficile à tenir, « *les prohibitions n'apportent pas de solutions aux problèmes posés par l'existence de l'alcool* » (Fouquet & De Borde, 1990).

Au côté de ces dispositifs, la **prévention** est née de la sagesse populaire, visant à éviter les nuisances sociales, familiales et individuelles imputées à l'alcool.

En France, c'est à la fin du XIX^{ème} siècle que l'information sanitaire se développe : slogans chocs difficilement entendus du fait du laxisme perpétuel à l'égard de ce toxique licite.

La naissance de l'alcoologie, au milieu du XX^{ème} siècle, plus scientifique et moins moralisatrice, a rendu les campagnes d'informations plus sérieuses d'un point de vue médical. En 1954, Pierre Mendès France instaura le Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme, qui existe encore de nos jours, afin d'étudier les différents aspects de ce phénomène et les moyens de le « combattre » (législation, information, éducation...).

L'Etat se trouve dans une position paradoxale, il a un rôle à jouer dans la prévention mais parallèlement il tire profit de la production, et donc de la consommation d'alcool... Règne alors un climat d'incohérence : prix de l'alcool qui augmente moins vite que l'inflation (boisson toujours peu chère), politiques « anti-alcool » (plutôt inexistantes), inapplication des lois et des sanctions (sauf par rapport à la conduite automobile)... Ces dernières années, un argument phare de la prévention réside dans le coût de l'alcoolisme pour la société, derrière lequel se cache des préoccupations morales : les personnes « saines » ont-elles à payer pour les ivrognes ? Parallèlement, certains producteurs refusent d'être assimilés à des pourvoyeurs de poison, et s'engagent dans des propagandes « pro-alcool », minimisant les méfaits de l'alcoolisation excessive. Au-delà du produit c'est surtout une idée romantique de l'alcool qu'ils cultivent... entre appétence à la fête et nostalgie des mythes dionysiaques.

En conclusion, selon les coutumes et les époques, la limite qui sépare le buveur « normal » du buveur « alcoolique », est mouvante. Ainsi, il existe des règles implicites régissant le « bien boire », y compris dans notre culture plutôt permissive. Celui qui déroge à ces principes est considéré comme déviant, voire alcoolique. C'est donc le jugement social qui pose cette identité, l'alcoolique ne l'est jamais pour lui-même mais toujours dans le regard de l'autre... D'ailleurs, l'alcoolique c'est l'autre...

Explorons dès à présent les définitions et les modèles descriptifs de l'alcoolisme jusqu'au concept d'alcoolodépendance.

2. MODELES DESCRIPTIFS ET TYPOLOGIQUES : DE L'ALCOOLISME A L'ALCOOLODEPANCE

Les modèles descriptifs des conduites alcooliques sont multiples... Il en existe, pour ainsi dire, autant que d'auteurs qui se sont intéressés à cette problématique... Cependant, si les terminologies divergent, elles recouvrent évidemment des réalités cliniques confluentes. Nous proposons une revue critique de ces modèles et de l'évolution du concept d'alcoolisme vers celui d'alcoolodépendance. Enfin, nous effectuerons une synthèse des convergences possibles entre ces approches, qui nous permettra de justifier nos objectifs de recherche.

2.1. Les modèles descriptifs.

2.1.1. La typologie comportementale :

Au niveau de l'observation strictement comportementale, nous pouvons relever trois conduites d'alcoolisation (Adès & Lejoyeux, 1996) :

- **L'alcoolisation aiguë** (ivresse) est une intoxication provoquée par l'ingestion ponctuelle d'alcool, en quantité plus ou moins importante. Elle ne concerne pas l'alcoolodépendance tant qu'elle ne devient pas une pratique répétée.

- **L'alcoolisation intermittente** désigne les conduites épisodiques mais répétées d'alcoolisation aiguë. Le sujet s'alcoolise jusqu'à l'ivresse, parfois jusqu'au coma, durant des périodes plus ou moins longues, qui alternent avec des périodes d'abstinence totale.

Elle inclut les conduites paroxystiques s'apparentant aux comportements toxicomaniaques : l'alcool est utilisé comme une drogue ou en association avec d'autres drogues. Plutôt rencontrées chez le sujet jeune et les personnalités impulsives, le comportement est motivé par la recherche de sensations fortes, la « défonce ».

La forme extrême, mais plus rare, de cette conduite est la dipsomanie. Elle se présente comme une impulsion à boire : le sujet consomme de manière frénétique n'importe quels alcools, y compris ceux non alimentaires. La perte de contrôle est totale en dépit des tentatives du sujet pour se maîtriser. Les excès s'accompagnent souvent de troubles du comportement (actes délictueux...). La crise s'achève en quelques jours où le sujet éprouve remords, dégoût.

- **L'alcoolisation chronique** correspond aux alcoolisations fréquentes voire quotidiennes, en quantité plus ou moins importante. La dépendance physique est courante ; l'arrêt d'alcool provoque un syndrome de sevrage.

2.1.2. Les classifications psychocomportementales :

2.1.2(a) Le modèle de Knight (1937)

Ce modèle, ancien, représente une anticipation des typologies plus récentes. Il est sous-tendu par le modèle psychanalytique mais distingue deux conduites alcooliques selon des paramètres comportementaux :

- **L'alcoolisme dit « essentiel »** est caractérisé par un début précoce, une évolution rapide et sévère, l'incapacité de maintenir des objectifs à long terme et la recherche de plaisir.

- **L'alcoolisme dit « réactif »** est défini par un début tardif, une évolution plus lente et moins sévère et l'influence des stress environnementaux.

2.1.2(a) La typologie de Jellinek (1940-1960)

Jellinek (1940-1960) définit l'alcoolisme comme « *tout usage de boisson alcoolique qui cause quel que dommage à l'individu, à la société ou les deux* ». Pour établir sa typologie, l'auteur retient deux facteurs : la conservation ou non de la liberté de ne pas boire (consommation modérée possible), et la dépendance (physique et/ou psychologique).

La considération de ces critères aboutit à distinguer cinq types d'alcoolismes :

- **L'alcoolisme alpha** : toutes situations nouvelles et/ou conflictuelles déclenchent des tensions qui obligent le recours à l'alcool (plutôt des alcools forts) pour être soulagées.

Ce type de consommation peut induire des problèmes familiaux et relationnels, mais la liberté de s'abstenir et le contrôle demeure : la dépendance n'est pas physique mais psychologique.

- **L'alcoolisme bêta** : les habitudes de l'environnement social favorisent les excès répétés. Des complications somatiques et psychologiques peuvent apparaître, mais sans dépendance. Ce type peut évoluer vers l'alcoolisme gamma, et plus fréquemment vers l'alcoolisme delta.

- **L'alcoolisme gamma** est caractérisé par une dépendance physique (syndrome d'abstinence) et psychologique à l'alcool, qui se conjugue avec la perte de contrôle des quantités absorbées. Les complications sont multiples : somatiques, psychiques, psychiatriques, médico-légales...

- **L'alcoolisme delta** s'observe principalement dans les pays de culture viticole. Il est spécifié par l'impossibilité de s'abstenir, le syndrome d'abstinence est massif. Le sujet boit moins, mais quotidiennement, et acquiert une tolérance exceptionnelle qui baisse parfois subitement.

- **L'alcoolisme epsilon** correspond à la conduite dipsomaniaque : attirance paroxystique, irrépressible, transitoire et impulsive pour l'alcool ou des produits contenant de l'éthanol.

2.1.2(c) La typologie de Fouquet (1951)

Fouquet (1951), père de l'alcoologie en France, définit l'alcoolisme comme « *la perte de la liberté de ne pas boire* ». D'après cet auteur, l'alcoolopathie (trouble comportemental induit par l'absorption d'alcool), relève de trois facteurs : la **tolérance** (capacité de l'organisme à réagir favorablement à l'alcool, tout du moins à court terme) ; le facteur **toxique** (vulnérabilité des organes à long terme) ; et le facteur **psychique** (prédispositions).

La combinaison de ces critères permet de différencier trois types d'alcoolisme :

- **Les alcoolites** (essentiellement masculin, « buveurs d'habitude »). Les sujets présentent une tolérance élevée, des prédispositions faibles, et une vulnérabilité importante mais tardive. « Gros consommateurs quotidiens », sans culpabilité ressentie, ils connaîtront, à long terme, des complications somatiques qui les mèneront à la consultation.
- **Les alcooloses** (plutôt féminin, « alcoolisme névrotique »). La tolérance et la vulnérabilité sont moyennes. L'alcoolisation est solitaire et fortement culpabilisée. La consommation est discontinue, toxicomaniacque ; le sujet est dominé par une impulsion incontrôlable. Enfin, ces sujets présentent fréquemment une névrose primaire qui retardera le dépistage et le traitement.
- **Les somalcooloses** (dipsomanie). L'intolérance totale à l'alcool, et la discontinuité de la consommation annihilent sa toxicité. Les alcoolisations sont exclusivement paroxystiques, avec une absence de choix des produits consommés (alcool à brûler, cirage...). La culpabilité et la répulsion pour l'alcool au sortir des crises sont extrêmes. Enfin, l'absence de plaisir et l'ampleur du comportement masochiste achèvent de décrire ce type.

2.1.2(d) La typologie de Barrucand (1988)

Cet auteur distingue trois types d'alcoolisme, dont l'intérêt est de proposer une hypothèse concernant l'organisation de la personnalité sous jacente :

- **L'alcoolisme d'entraînement** (ou trouble des conduites alimentaires) correspond à une consommation chronique ; en conséquence, la dépendance s'installe progressivement. Aucune structure spécifique de la personnalité ne peut être inférée à partir de cette conduite.
- **L'alcoolisme de compensation** (trouble des conduites de communication), secondaire à un fonctionnement névrotique, l'alcool est absorbé pour ses qualités anxiolytiques ou dopantes.
- **L'alcoolisme psychiatrique** (ou conduite psychiatrique) est symptomatique d'une affection psychiatrique (pathologie majeure, état dépressif, personnalité borderline...)

2.1.3. Les typologies multidimensionnelles :

Ces typologies sont issues de la convergence de données multiples : épidémiologie génétique et clinique, étiologie, données prospectives tenant compte de l'évolution des sujets...

2.1.3(a) Le modèle de Morey et Skinner (1986)

A partir d'une analyse en clusters de données issues d'un questionnaire d'usage d'alcool, les auteurs distinguent trois types de consommateurs abusifs :

- **Les buveurs à problème aux stades précoces** sont des sujets qui présentent des problèmes liés à l'alcool mais indemnes de tout symptôme de dépendance.
- **Les buveurs sociaux** ont une consommation quotidienne, socialement intégrée et une alcoolodépendance modérée.
- **Les buveurs schizoïdes** sont des consommateurs socialement isolés. L'alcoolisation est paroxystique, et l'alcoolodépendance plus sévère.

Ce modèle nous semble limité du fait qu'il cherche à attribuer un « degré », pour le moins arbitraire, à la dépendance selon le type de conduite. En effet, comment définir une alcoolodépendance modérée ? Au vu de la pratique et du syndrome d'abstinence, une personne consommant de l'alcool tous les jours peut-elle présenter une dépendance modérée ?

2.1.3(b) La typologie de Alonzo-Fernandez (1986-1987)

Pour cet auteur, le concept de dépendance est central dans la problématique alcoolique. Son étiologie dépend de l'interaction de trois facteurs : la personnalité, le contexte socioculturel et l'alcool éthylique. Alonzo-Fernandez (1986-1987) a élaboré une typologie multiaxiale, qui prend en compte l'étiologie fondamentale, l'expérience vécue de l'alcool, la façon de boire et la connexion avec la boisson. Ce travail aboutit à la mise en évidence de trois types de « buveurs » : « **invétéré** », « **alcoolomane** » et « **malade psychologiquement** ».

Tableau 1 : Traits distinctifs entre les trois types de buveurs alcoolodépendants

	Etiologie fondamentale	Expérience de l'alcool	Façon de boire	Enchaînement à l'alcool
Buveur invétéré	Socioculturelle	Insertion, consolidation mondaine	Régulière et continue	Pur abus Dépendance continue
Buveur alcoolomane	Psychologique (personnalité)	Evasion de la réalité	Irrégulière (ivresses)	Dépendance psychologique aigue et récurrente
Buveur malade	Psychiatrique	Réduction ou	Mixte (régulière ou	Abus ou dépendance

psychiquement		exaltation des symptômes	irrégulière)	psychologique
---------------	--	--------------------------	--------------	---------------

Le point commun entre ces buveurs est que leur existence est structurée autour de l'alcool et de ses effets. Ils sont tous dépendants au produit : dépendance **primaire** en cas de dépendance psychologique (alcoolomane, buveur malade psychiquement), dépendance **secondaire** lorsque la dépendance est physique (buveur invétéré).

2.1.3(c) La typologie de Cloninger (1988)

Cette typologie est basée sur des données épidémio-génétiques et comportementales (comportement des parents envers l'alcool...). Selon cet auteur, le style de consommation dépendrait de la prépondérance respective de trois dimensions de la personnalité :

- La **recherche de nouveauté** : c'est la tendance à l'excitation face aux stimuli nouveaux. Elle conduit à des activités d'exploration et à la recherche de gratifications, ainsi qu'à l'évitement de la monotonie et de la punition.
- L'**évitement du danger** : c'est la tendance à répondre de manière intense aux stimuli aversifs et à inhiber ses actions pour éviter la punition, la nouveauté et les frustrations.
- La **dépendance à la récompense** : c'est la tendance à l'excitation face aux signaux de gratification qui ont permis d'obtenir la récompense et d'éviter la punition.

La combinaison de ces facteurs aboutit à distinguer l'**alcoolisme de type I** ou « alcoolisme de milieu » et l'**alcoolisme de type II** ou « alcoolisme de sexe dépendant ».

Tableau 2 : Typologie de Cloninger (1988)

Type I ou alcoolisme de milieu	Type II ou alcoolisme de sexe dépendant
<ul style="list-style-type: none"> - Plus fréquent, s'observe dans les deux sexes. - Début tardif (après 20 ans) - Evolution lente. - Facteurs de risque peu génétiques (abus d'alcool chez l'un ou les deux parents, mais sans alcoolodépendance) Troubles de l'environnement dans l'enfance. - Personnalité marquée par une faiblesse du Moi ; cependant ce facteur serait aléatoire (conditions intermédiaires) - Caractérisé par un bas niveau de recherche de nouveauté, un niveau élevé d'évitement du danger et de dépendance à la récompense. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne concerne que le sexe masculin. - Début précoce (avant 20 ans) - Evolution rapide vers la dépendance - Facteurs de risque d'ordre génétique (alcoolodépendance du père) associés à des déficits neuropsychologiques précoces (hyperactivité, déficit attentionnel...). Influence moindre de l'environnement. - Troubles du comportement (conduites antisociales). - Conséquences somatiques et sociales graves - Caractérisé par un niveau élevé de recherche de nouveauté, un bas niveau d'évitement du danger et de dépendance à la récompense.

Nous nous demandons si la limite de cette typologie ne réside pas dans la restriction du type II au sexe masculin. Dans la clinique, certaines femmes alcooliques ne présentent-elles pas ces caractéristiques (début précoce, facteurs génétiques...)?

2.1.3(d) La typologie de Babor (1992)

C'est la typologie la mieux validée statistiquement. Elle repose sur l'analyse factorielle de dix-sept caractéristiques des sujets alcooliques (risque prémorbide, gravité de la dépendance...). Elle conduit à différencier deux types d'alcoolisme : **le type A et le type B**.

Tableau 3 : Typologie de Babor (1992)

Type A	Type B
- Plus fréquent chez la femme	- Début précoce
- Début tardif (après 20 ans)	- Dépendance sévère
- Evolution lente	- Fréquence des toxicomanies associées
- Moindre fréquence de psychopathologies associées	- Alcoolisme familial fréquent
- Complications moins fréquentes	- Pathologies psychiatriques associées, comorbidité psychopathologique
- Peu de facteurs de risque dans l'enfance	- Facteurs de risque infantiles : agressivité...
- Meilleur pronostic	

2.1.4. *Typologies issues des données épidémiocliniques : alcoolisme primaire et alcoolisme secondaire (Radouco-Thomas et al. 1979 ; Schuckit, 1985) :*

La distinction entre alcoolisme primaire et secondaire se base sur l'apparition chronologique des troubles associés à la consommation d'alcool.

– **Les alcoolismes primaires** : ils sont antérieurs à la symptomatologie psychologique ou psychiatrique. La survenue des troubles est donc secondaire aux alcoolisations. Ils recouvrent les formes précédentes : **alcoolisme intermittent** (Radouco-Thomas & al, 1979), récurrentiel, paroxystique (Schuckit, 1985) ; **alcoolisme continu** (1979), non paroxystique (1985).

– **Les alcoolismes secondaires** : la consommation d'alcool vient se surajouter à des troubles psychologiques ou psychiatriques préexistants. Elle revêt des aspects comportementaux très divers, proches des formes paroxystiques ou permanentes, s'accompagnant ou non de dépendance. L'alcool est utilisé à des fins différentes selon la pathologie associée.

Du point de vue clinique, suite aux années d'alcoolisation, il est souvent difficile d'établir le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme tant l'intrication des troubles est importante.

2.1.5. *La classification intégrée de Adès et Lejoyeux (1997) :*

Adès et Lejoyeux (1997) ont proposé une classification intégrant certaines typologies : Cloninger (1988), Babor (1992), alcoolisme primaire et secondaire... Elle distingue deux types d'alcoolisme avec dépendance : **l'alcoolisme primaire et l'alcoolisme secondaire** ; qui en dépit d'une terminologie similaire n'est pas à confondre avec le modèle précédent.

Tableau 4 : Classification intégrée de Adès et Lejoyeux (1997)

Alcoolisme primaire	Alcoolisme secondaire
- 70% des formes d'alcoolisme	- 30% des formes d'alcoolisme
- Prédominance masculine	- Prédominance masculine moindre
- Début précoce (avant 20 ans)	- Début tardif (après 20 ans)
- Troubles du comportement et recherche de sensations fortes	- Automédication par l'alcool d'un trouble anxieux, dépressif...
- Personnalité marquée par l'impulsivité	- Troubles de la personnalité (sociopathie ...)
- Evolution rapide vers la dépendance	- Evolution plus lente vers la dépendance et/ou d'autres complications
- Facteurs de risque biologiques et génétiques	- Facteurs biologiques et génétiques moins marqués
- Alcoolodépendance d'emblée ou après une période d'abus d'alcool	- Modes de consommation permanente ou intermittente.

2.1.6 Les modèles bidimensionnels : DSMIV, CIM 10, SFA :

Selon une perspective clinique et comportementale, le DSMIV et la CIM10 répartissent la consommation de substances (non spécifique au produit « alcool ») selon un continuum, de l'abstinence à la dépendance. Ces modèles cherchent alors à distinguer l'abus (DSMIV) ou l'usage nocif d'une substance (CIM 10), du syndrome de dépendance.

Sur ce continuum, nous observerons les conduites de consommation suivantes :

- **L'abstinence primaire** renvoie à l'absence de consommation de substances psychoactives. Lorsqu'un sujet ne consomme plus après avoir abusé ou été dépendant à une substance, on parlera d'**abstinence secondaire**
- **La consommation modérée et contrôlée** concerne les sujets consultant à cause de leur consommation (par exemple à la suite d'une alcoolémie positive) ou venant demander conseil.
- **L'abus (DSM IV)** correspond à un usage inadéquat d'une substance.

Il est repéré à partir des conséquences comportementales observables et l'absence de critères de dépendance. Il est caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes, au cours des douze derniers mois :

- a. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (absences répétées...).

b. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (conduite automobile ou d'une machine...).

c. Problèmes médico-légaux répétés liés à l'utilisation d'une substance.

d. Utilisation continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

Dans la CIM10, nous retrouvons la notion d'« **usage nocif pour la santé** » : « *mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable sur la santé* ». Les conséquences peuvent être somatiques ou psychiques. Ces concepts ne sont pas équivalents : l'« abus » insiste sur les conséquences psychologiques et sociales, alors que l'« usage nocif » met l'accent sur les complications au niveau de la santé physique, et éventuellement mentale.

- **La dépendance** renvoie à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative. Elle est inférée au DSMIV par la présence simultanée d'au moins trois critères parmi les sept suivants :

a. Tolérance accrue (besoin de quantités plus fortes pour obtenir l'intoxication désirée...).

b. Syndrome de sevrage.

c. Consommation plus importante ou dans une période plus prolongée que prévu.

d. Désir persistant ou efforts infructueux de diminuer, contrôler ou cesser sa consommation.

e. Temps passé à des activités pour obtenir le produit, l'utiliser, ou à récupérer ses effets.

f. Répercussions négatives de la consommation sur les loisirs, la vie professionnelle, sociale...

g. Consommation persistante malgré des problèmes de santé physique ou psychique.

Si les critères de la CIM 10 sont approchants, nous noterons l'inclusion intéressante du « craving » (besoin ou désir compulsif de consommer la substance).

Ainsi, ni la tolérance, ni le syndrome de sevrage (propre à la dépendance physique) ne sont nécessaires ou suffisants pour définir la dépendance. En effet, dans le cas d'un mode d'utilisation compulsive (impulsion à absorber une substance pour en retirer du plaisir ou pour supporter une situation vécue comme pénible), seule la dimension psychologique de la dépendance est présente. Il conviendra alors de déterminer le/les pôles de la dépendance.

La Société Française d'Alcoologie (2001) a réuni ces modèles dans une lecture spécifique à l'alcool, en termes d'**usages**. L'usage d'alcool se répartit donc sur le continuum suivant :

- **Le non usage** signifie l'absence de consommation. On distinguera :

– **Le non usage primaire** renvoie à non usage initial (enfants, adolescents) ou à un choix durable voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles d'un sujet adulte) ;

– **Le non usage secondaire**, survenant après une période de mésusage (abstinence).

- **L'usage (consommateur modéré)** se réfère aux conduites d'alcoolisation ne posant pas de problème tant que la consommation reste modérée (inférieur ou égal aux seuils de risque définis par l'OMS : trois verres par jour pour les hommes, deux verres pour les femmes).

- **Le mésusage** regroupe les conduites d'alcoolisation comportant des risques potentiels ou la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse.

a. L'usage à risque (consommateur à risque) se définit par une consommation inférieure, égale ou supérieure aux seuils établis par l'OMS, et non associée à un dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse) mais susceptible d'en induire.

b. L'usage nocif (consommateur à problème) est caractérisé par l'absence de dépendance à l'alcool, mais par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation.

c. L'usage avec dépendance (consommateur alcoolodépendant) est spécifié par la perte de la maîtrise de la consommation. Il n'est défini, ni par un seuil, ni par une fréquence de consommation (des alcoolisations quotidiennes ou compulsives peuvent mener à la dépendance), ni par l'existence de dommages induits, bien qu'ils soient souvent associés.

- **L'ivresse** correspond à une conduite d'alcoolisation aigue.

En conclusion, le risque dû à l'alcool apparaît comme un phénomène progressif : il existe une continuité entre la consommation « socialement » acceptée, à faible risque, et la dépendance.

2.2. Synthèse et réflexions critiques.

L'exploration des modèles descriptifs des conduites alcooliques nous conduit à observer qu'au-delà de terminologies variées, ils recouvrent des réalités approuvées voire analogues (Smaniotto, 2007). Barrucand (1988) remarque que les troubles des conduites alimentaires, l'alcoolisme d'entraînement, l'alcoolisme primaire... sont équivalents. De même, nous pouvons parler indifféremment de troubles des conduites de communication, d'alcoolisme de compensation... Si les alcoolismes alpha et bêta de Jellinek (1960) ne trouvent pas d'équivalent dans la typologie de Fouquet (1951) (il ne les considérait pas comme pathologiques) ; l'alcoolisme gamma correspond à l'alcoolose, l'alcoolisme delta à

l'alcoolite, et l'alcoolisme epsilon à la somalcoloose. Legrand (1997) souligne la similarité entre ces classifications et celle d'Alonzo-Fernandez (1986). Enfin, si la mouvance actuelle tend à abandonner les typologies au profit des concepts d'usage/mésusage... l'alcoolodépendance peut être induite par une consommation chronique ou compulsive, rappelant les modèles plus anciens, qui conservent toute leur pertinence. Nous renvoyons le lecteur au tableau suivant qui récapitule de manière non exhaustive les équivalences possibles entre les modèles, ainsi que les caractéristiques des différents types d'alcoolisme.

Tableau Récapitulatif des équivalences possibles entre les différents modèles descriptifs et caractéristiques des différents types d'alcoolodépendance.

AUTEURS	TERMINOLOGIE		
CIM10 (1992) DSMIV (1994) SFA (2001)	Alcoolodépendance Consommation chronique Dépendance physique et psychique	Alcoolodépendance Consommation compulsive Dépendance psychique	
Typologie comportementale	Alcoolisation chronique	Alcoolisation intermittente	Dipsomanie
Knight (1937)	Alcoolisme essentiel	Alcoolisme réactif	
Jellinek (1960)	Alcoolisme bêta Alcoolisme delta	Alcoolisme alpha Alcoolisme gamma	Alcoolisme epsilon
Fouquet (1951)	Alcoolite	Alcoolose	Somalcoloose
Barrucand (1988)	Alcoolisme d'entraînement Trouble des conduites alimentaires	Alcoolisme de compensation Trouble des conduites de communication	Alcoolisme psychiatrique Conduites psychiatriques
Morey & Skinner (1986)	Buveurs sociaux	Buveurs à problème aux stades précoces	Buveurs schizoïdes
Zucker (1987)	Alcoolisme cumulatif environnemental	Alcoolisme affectif	Alcoolisme antisocial
Alonzo-Fernandez (1986)	Buveur invétéré	Alcoolomane	Buveur malade psychiquement
Cloninger (1988)	Type II ou alcoolisme de sexe dépendant	Type I ou alcoolisme de milieu	
Babor (1992)	Type B	Type A	
Vubrelsky (1994)	Alcoolisme endomorphe	Alcoolisme exomorphe	
Radouco-Thomas (1979) Schukit (1985)	Alcoolisme primaire Continu, non paroxystique	Alcoolisme primaire Intermittent, récurrentiel, paroxystique	Alcoolisme secondaire
Adès & Lejoyeux (1997)	Alcoolisme primaire	Alcoolisme secondaire	Alcoolisme secondaire
Tarter (1977)	Alcoolisme primaire	Alcoolisme secondaire	
Rousseau (2000)	Alcoolisme conjugué ou banal de l'âge adulte	Alcoolisme précoce pseudo-toxicomaniac	Alcoolisme désinséré ?
CARACTERISTIQUES			
Répartition selon le sexe	homme : 45 à 50 % femme : 1 à 5 %	homme : 40 à 45 % femme : 80 à 85 %	1 à 5 %
Rencontre initiatique	Début précoce (fin de l'adolescence)	Début tardif	Début tardif
Age d'intolérance	Sujet examiné après 40 ans	Entre 20 et 45 ans	Entre 30 et 60 ans
Type d'alcool consommé	Vin et bière	Apéritifs et alcools forts	Pas de choix, eau de Cologne, alcool à brûler
Quantité absorbée	Elevée	Moyenne à très élevée	Faible
Mode d'alcoolisation	En compagnie	Seul et dissimulé	Solitaire, clandestin
Ivresses	Exceptionnelles	Fréquentes et atypiques	Anormales, immédiates

Appréciation de l'alcool	Goût pour les boissons alcoolisées	Peu d'attrait, parfois dégoût	Dégoût, répulsion hors des crises
Type de consommation	Quotidienne, régulière et continue	Discontinue, arrêt et reprise de plusieurs mois	Intermittente, crises brèves
Expérience de l'alcool	Insertion, consolidation mondaine	Evasion de la réalité	Réduction ou exaltation des symptômes
Culpabilité à l'égard de la conduite	Aucune, apsychognosie, rationalisations tardives	Nette, tentative de lutte contre l'alcool	Forte
Modalité de la dépendance	Incapacité de s'abstenir Pur abus Dépendance continue	Perte de contrôle Dépendance psychologique aigüe et récurrente	Compulsion, alcoolepsie Abus ou dépendance psychologique
Facteur dominant	Socioculturel	Psychologique	Psychiatrique
Fonctionnement psychique	Pas de règle générale (Barrucand) Prénévrotique, psychosomatique (Fouquet)	Névrotique	Border line Psychotique
Personnalité (Cloninger)	Niveau de élevé de recherche de nouveauté ; Bas niveau d'évitement du danger et de dépendance à la récompense	Bas niveau de recherche de nouveauté ; Niveau élevé d'évitement du danger et de dépendance à la récompense.	
Hérédité	Alcoolisme familial (père) Facteur de risque dans l'enfance (agressivité...)	Névrose ou psychose d'un des parents ; Peu de facteurs de risque dans l'enfance	???
Situation familiale	Epouse plus âgée Nombreux enfants Tendance à la jalousie	Différends conjugaux précoces Troubles de la sexualité	Trouble longtemps non identifié par l'époux Troubles sexuels
Evolution	Durée entre 10 et 40 ans Arrêt spontané possible ; ou apparition d'intolérance (délirium...) Evolution rapide vers la dépendance	Durée entre 5 à 10 ans Evolution vers alcoolite ou décompensation psychotique possible Evolution plus lente	Durée indéterminée Passage possible vers l'alcoolose

L'aspect pratique (dans les deux sens du terme) de ces modèles descriptifs ne doit pas faire oublier leurs limites. Malgré sa pertinence et parfois même sa finesse, une classification reste un découpage « arbitraire » d'une réalité, plus complexe et moins linéaire qu'il n'y paraît... Il existe toujours des chevauchements, des dédoublements, des inclassables...

Or, il est ardu de se passer de ces classifications, car comme nous le fait remarquer Monzani (2001), elles représentent « *une garantie qui nous permet d'avancer dans nos savoirs et de nous orienter dans la complexité du monde (...) le but est toujours le même : produire du discontinu, de l'in-dividuel afin d'exorciser la complexité de la réalité en la disséquant dans ses éléments* ». Néanmoins, tout chercheur est contraint à prendre conscience de ces écueils, « *qui l'obligeront à dé-ranger sans cesse ses propres rangements* ».

A propos de l'alcoolisme en particulier, Clavreul (1959) abonde en ce sens lorsqu'il écrit « *que les alcooliques soient comme on les fait, c'est là d'ailleurs une évidence criante, et si l'on ne dit pas plus, ce doit être parce qu'on en profite* ». De la même manière, Maisondieu

(1996) invite à la prudence vis-à-vis des approches typologiques strictes, car rien n'empêche un buveur invétéré d'engloutir des doses inconsidérées d'alcool...

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons faire l'économie de ces modèles, qui demandent alors à être enrichis par les conceptions cognitives ou psychodynamiques, et ne doivent en aucun cas nous faire oublier les nuances qui offrent à la personnalité humaine toute sa richesse et sa complexité. Avant d'aborder ces conceptualisations, nous proposons d'explorer les facteurs étiologiques de la problématique alcoolique.

3. IDENTIFICATION DES FACTEURS ETIOLOGIQUES

Nous distinguerons les facteurs dits « externes », qui associent les facteurs économiques, professionnels et familiaux et enfin socioculturels ; des facteurs « internes » qui regroupent les facteurs biologiques, physiologiques et l'approche par les traits de personnalité.

3.1. Les facteurs externes.

3.1.1. Les facteurs économiques :

« Buvois moins, buvois meilleur »

Slogan publicitaire pour les vins de Bordeaux
jugé illégal par le tribunal de grande instance de Paris
le 18 mars 2004

Il existe un lien positif entre production de boissons alcoolisées et usage d'alcool. Cette relation s'explique par la notion d'équilibre du marché, qui conduit notamment à promouvoir la consommation lorsque la production s'améliore.

Après une baisse continue depuis les années soixante dix, la production de vin accuse une hausse entre 1998 et 2002, avec un record de 63 millions d'hectolitres en 1999 (SCEES_ Service Central des Enquêtes et Etudes Statistiques). Toujours selon cet organisme, la production de vin atteignait 52,7 millions d'hectolitres en 2006 et 49,2 millions d'hectolitres en 2007. Or, d'après Hillemand (1999), les chiffres sont trompeurs, « *car des zones viticoles comme le Languedoc Roussillon ne semblent pas atteintes d'une surconsommation* ».

Malgré une baisse constante (moins 47,5% depuis 1961), la consommation d'alcool reste élevée avec 9,3 litres d'alcool pur consommés par an et par habitant (2003, source Insee), plaçant la France à la onzième place mondiale des consommateurs d'alcool, et à la deuxième place pour le vin avec 48,5 litres par an et par habitant.

La France détient un autre record : même si ce chiffre est en régression, d'après l'Inserm, en 2000, 500000 personnes (soit 4% des actifs) vivaient de la production et de la distribution d'alcool. Le poids économique de cette population est donc considérable (14,2 milliards d'euros de chiffre d'affaire en 2004, dont 4,6 milliards pour l'exportation, Insee). D'ailleurs, la filière alcool égale des secteurs prestigieux (automobile, aéronautique...). Ainsi, elle constitue une activité vitale pour certaines régions. Non dénuée d'enjeux, « *les mandataires politiques (...) ne luttent pas toujours dans les sens de la diminution de l'offre, direction où ils ne seront pas suivis* » (Hillemand, 1999). Les efforts entrepris consistent surtout à maintenir la prospérité économique au détriment des problèmes de santé publique.

Ainsi, la publicité joue un rôle dans la promotion de ces produits. En France, elle est réglementée par la loi Evin du 10 Janvier 1991, qui vise à diminuer la fréquence et l'ampleur des incitations à la consommation. Si la publicité télévisée est interdite, les affichages doivent comporter certaines indications (degré d'alcool... auxquels s'ajoutent la couleur, le goût et l'arôme depuis la loi du 23 Février 2005) et, être accompagnés d'un message préventif. Or, un rapport de l'OMS (2001) avance que la publicité n'aurait qu'un impact limité sur la consommation et les dommages liés à l'alcool. Ainsi, la publicité modifierait les préférences et non la quantité absorbée. Cette loi n'a donc pas fini de faire débat, notamment sous l'impulsion des producteurs de vin, lobby très puissant en France.

Même si le nombre de débit de boisson a fortement baissé depuis les années trente (500000 à 200000 environ), « *il est très facile de se fournir en alcool notamment à cause de l'explosion des grandes et moyennes surfaces* » (Hillemand, 1999). D'autant que le prix de l'alcool (vin, bière) reste inférieur à celui des autres boissons, y compris dans les bars. L'essor des supermarchés a rendu l'achat d'alcool plus anonyme, permettant en particulier aux femmes de se fournir en toute discrétion, évitant une consommation publique, et le risque d'opprobre sociale. Enfin, l'augmentation des revenus des ménages semble favoriser l'achat de vins de bonne qualité et de spiritueux, accroissant par la même la consommation d'alcool.

Enfin, le 8 Février 2007, la Cour des Comptes soulignait l'inaction de l'Etat en matière de lutte contre l'alcoolisme, « *le poids économique du secteur (...) entre toujours en contradiction avec les impératifs de santé publique* ».

3.1.2. Les facteurs professionnels :

*Dans le port d'Amsterdam
Y a des marins qui boivent
Et qui boivent et reboivent*

Certains secteurs professionnels (bâtiment, métallurgie, marine...) sont davantage exposés au risque d'alcool (Barrucand, 1988 ; Paille, 2000...) : il s'agit des professions peu valorisées, nécessitant un effort physique important, dont les conditions de travail sont difficiles, et celles en contact avec le public ou ayant érigé l'alcoolisation comme tradition. Barrucand (1988) émet une réserve qui reste d'actualité : *« l'alcoolisme dépasse cette notion de milieu de travail; il s'agit moins d'un besoin créé par des conditions difficiles de travail, que d'un besoin dû à des valeurs normatives socioculturelles qui, associant mythiquement l'alcool à la force et à la virilité, se fait plus ressentir chez ces populations »*.

A l'instar de l'homme, la femme occupe parfois des postes à grande pénibilité, et plus souvent des emplois relationnels, d'où une uniformisation sociale. Nous constatons d'ailleurs une forte augmentation de l'alcoolisme d'entraînement et d'imitation chez cette population alors que ces conduites sont restées longtemps l'apanage des hommes (Faoro-Kreit, 1996).

Par ailleurs, la condition et le niveau social sont source d'inégalités face à l'alcool (Barrucand, 1988 ; Hillemand, 1999...). L'accroissement de la consommation d'alcool va de pair avec l'augmentation du niveau de vie et ce, en raison des réceptions (alcoolisme mondain), de la présence de bar à domicile... A l'opposé, plus le niveau social est bas et plus la mortalité liée à l'alcool augmente, ainsi que la consommation quotidienne régulière. De la même manière, le chômage, source d'ennui et de déceptions, semblerait favoriser le glissement vers l'alcoolisme. L'alcool constituerait un palliatif, consommé nocivement à l'instar des autres drogues, mais en toute légalité...

3.1.3. Les facteurs familiaux :

« Les parents boivent, les enfants trinquent »
Slogan Publicitaire pour la Prévention

Au niveau familial, il est depuis longtemps admis que les enfants de personnes alcooliques ont un risque plus élevé de devenir eux-mêmes alcooliques (Barrucand, 1988 ; Paille, 2000). Or, il demeure ardu de différencier l'influence de l'acquis et des prédispositions innées. Cependant, l'alcoolisme d'un ou des deux parents engendre des perturbations familiales indéniables (conflit, violence...). De plus, selon la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977), les sujets acquièrent des comportements par imitation de modèles, par identification dans les interactions humaines. Ce processus est appelé « modelage ». En

conséquence, si les parents, qui usent et abusent de l'alcool, constituent un modèle, il est probable que leurs enfants consomment également par imitation.

A propos de l'éducation, Barrucand (1988) note que « *dans les familles très tolérantes vis à vis de l'alcool, ou à l'inverse très strictes, les enfants aient plus de problèmes* ». Ce constat reste toujours d'actualité (Paille, 2000). Dans le cas de parents permissifs et eux-mêmes usagers, la consommation d'alcool est perçue comme normale parce qu'habituelle.

Selon Inserm (2003), les enfants reconnaissent bien les effets de l'alcool sur l'adulte, ils vont les interpréter de manière positive ou négative selon le vécu de leurs parents. Une étude du DREES (Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, 2000) montre que la transmission familiale de la consommation dépend de représentations positives.

Enfin, les sujets alcooliques seraient profondément affectés par le bouleversement des modèles familiaux. Le mariage peut être vécu comme une répétition des conflits de l'enfance, majorés par le co-alcoolisme (situation où les deux conjoints consomment ; où l'un se fait le complice des alcoolisations de l'autre). La famille nucléaire perd peu à peu de sa signification (n'était-elle pas qu'illusion ?) ce qui rend incertain le rôle de chacun. La femme, par exemple, doit assumer plusieurs fonctions parfois contradictoires : ménagère, travailleuse, mère... sans pouvoir se référer au mode de vie de sa propre mère (Faoro-Kreit, 1996). Ces situations sont à l'origine de déceptions, de doutes... susceptibles d'ouvrir vers les gouffres de l'alcool...

3.1.4. Les facteurs socioculturels :

3.1.4(a) Facteurs religieux

*« Si vous ne buvez pas le sang du Fils de l'homme,
vous n'aurez pas en vous la vie. »*

Jean, Evangiles 6, 53-55. (in pages internet)

Apparenté au sang du Christ, le vin est la boisson sacrée de la liturgie catholique. Il semble exister une analogie entre le destin du Christ et le raisin. « *Pressé comme le Maître, le vin comme lui, donne sa "substantifique moelle" pour introduire l'homme dans un monde nouveau* » (Paturet, 1984). Ainsi, selon cet auteur, l'ivresse renvoie à « *une mystique de la transfiguration de l'être par Dieu non plus dans l'austérité de l'ascèse, mais dans la fête et dans l'ivresse de l'amour* ». Véritable allégorie, où le vin permet d'affleurer le « di-vin ». Néanmoins ce discours religieux, permissif en un sens, se montre surtout ambivalent : une lourde réprobation morale pèse sur l'abus d'alcool (Hillemand, 1999 ; Paille, 2000...).

Dans nos sociétés modernes, l'alcool tend parfois à remplacer Dieu, pour répondre au besoin d'absolu de l'homme. Guiter (2004) nous explique l'alcoolisme « *comme une forme mineure de spiritualité (la quête d'un ailleurs sacré) dotant un produit totem (car mis tabou) des attributs du sacré (...) que l'on ne peut raconter, mais rencontrer* ». Pour certains (poètes maudits tels Baudelaire, Poe...), l'effet psychotrope de l'alcool figurerait une recherche intérieure quasi mystique de jouissance absolue. Or, Hillemand (1999) souligne que « *l'alcool ne représente qu'un succédané de religion, un fourvoiement d'une démarche spirituelle* ».

Enfin, soulignons que la foi, sans forcément être religieuse, aide parfois au traitement de l'alcoolodépendance. Les Alcooliques Anonymes ne sont pas exempts de ce genre de conviction avec la notion de puissance supérieure, de « *Dieu tel que nous le concevons* ».

3.1.4(b) L'alcool, un rite social

*« Il existe cinq bonnes raisons de boire :
L'arrivée d'un hôte, la soif présente et à venir,
le bon goût du vin et n'importe quelle autre raison. »
Proverbe latin*

La France nourrit la culture du bon vin et son usage gastronomique. Deux croyances semblent inscrites dans la conscience collective française (Hillemand, 1999 ; Paille, 2000...). La première concerne la méfiance vis-à-vis de l'eau qui donne « des grenouilles dans le ventre ». Or, Fischler (1999) note que les français font partie des plus grands buveurs d'eau minérale de la planète, en tant que cette pratique intègre finalement le mythe de la bouteille. La seconde renvoie au « prestige du vin » et à ses prétendues vertus : « le lait des vieux », « le sang de l'homme »... Selon Barthès (1995), « *le vin est senti par la nation française comme un bien qui lui est propre... savoir boire est une technique nationale qui sert à qualifier les français* ». Ce dogme, ô combien gratifiant, omet cependant le caractère aliénant de l'alcool.

Par ailleurs, dans nos sociétés, l'alcool possède une valeur de communication « institutionnalisée », contribuant à la neutralisation des différences dans un mouvement de fraternité. L'alcoolisation s'inscrit dans le code de politesse et d'accueil, et sert la convivialité. Ainsi, l'alcool acquiert une fonction de « *lubrifiant social* » de telle sorte que, « *la propagande autour de l'alcool se fait d'elle-même et pour elle-même et les occasions de boire se multiplient pour n'être plus que des prétextes pour boire* » (Hillemand, 1999).

Il porte en son sein le double aspect de l'intégration sociale : accession à une identité (professionnelle, virile...), et appartenance à un groupe. La fin de l'enfance est marquée par l'autorisation tacite de boire, qui revête un rôle initiatique de rite de passage vers l'âge adulte.

Cette mystagogie semble plus prégnante chez l'homme : la femme n'a pas besoin d'alcool pour devenir femme, au contraire, il semble détruire sa féminité. Ce produit est donc au cœur de l'identité masculine comme patrimoine culturel et héritage paternel, symbole de l'appartenance au monde des hommes... d'où une plus forte réprobation de la consommation féminine, à laquelle nulle valeur symbolique n'est associée. D'après Rainault (2000), les femmes connaissent des normes d'usage plus strictes que les hommes : moindre consommation, ne pas terminer son verre, être accompagnée d'un homme... Par ailleurs, dans cet aspect social, le rôle des pairs est prépondérant, à la fois dans l'initiation, le renforcement et le maintien de la consommation ; par exemple sous l'effet du modelage (Bandura, 1977).

Enfin, l'alcool participe à l'intronisation au rituel de fête, qui à la particularité de rendre licite l'ivresse collective sur la place publique.

Hillemand (1999) note que « *dans nos cultures permissives, l'alcool est vécu de manière mythique avec un stéréotype positif* » ; ce qui conduit parfois à considérer un « gros » consommateur comme « bon vivant »... à condition qu'il sache « bien boire » ! Remarquons qu'il n'existe pas d'équivalent féminin à ce terme. Au contraire, ces femmes sont affublées des pires sobriquets, ayant tous des connotations négatives (rombière, hétaïre, beuveresse...). Ainsi, boire est un acte qui procède par inclusion et exclusion ; il n'est pas permis de boire n'importe quoi, n'importe quand, dans n'importe quel lieu... sauf à être jugé d'alcoolique...

Ces facteurs externes nous fournissent des données concrètes, certes, mais pour le moins insuffisantes : à l'extrême, compte tenu de notre nationalité, de notre culture... nous deviendrions tous alcooliques ! Il semble donc intéressant d'explorer d'autres dimensions tels que les facteurs internes, biologiques et ceux propres à la personnalité.

3.2. Les facteurs internes.

3.2.1. Facteurs biologiques :

*« Le papa Coupeau, disait-il, s'est cassé le cou, un jour de ribote.
Je ne puis pas dire que c'était mérité, mais enfin, la chose s'expliquait...
Moi, j'étais à jeun, tranquille comme Baptiste, sans une goutte de liquide dans le corps,
et voilà que je dégringole en voulant me tourner pour faire une risette à Nana ! »*
Emile Zola (1877) « L'Assommoir »

Jusqu'au XXème siècle, l'alcoolisme fut considéré comme une tare héréditaire, par conséquent irrémédiable. Si l'hérédité de l'alcoolisme fait aujourd'hui consensus, elle a donné

lieu à de multiples controverses (Barrucand, 1988 ; Paille, 2000). Il s'agit d'ailleurs plutôt d'un constat empirique, le poids de ce déterminant restant un mystère.

Les méthodes classiques d'investigation génétique (jumeaux, enfants adoptés...) offrent des résultats concluants, mais variables d'un échantillon à l'autre (Paille, 2000). Les chercheurs tentent d'identifier le/les gènes responsable(s) de l'alcoolisme, susceptible(s) d'être transmis. Or, selon Paille (2000), « *l'hétérogénéité de la maladie alcoolique conduit à abandonner l'idée d'un simple gène de l'alcoolisme* », au profit d'une pluralité des facteurs en cause (phénomène biopsychosocial). Nurnberger & Bierut (2007) soupçonnent une douzaine de gènes d'être impliqués dans les habitudes de consommation, la dépendance et d'autres troubles (dépression...). Ces études sont également justifiées par la protection « naturelle » dont jouissent certaines populations : les Asiatiques connaissent, à l'ingestion d'alcool, diverses réactions somatiques (hyperthermie, palpitations...), appelées « flush ».

Il existe un autre consensus (Rainault, 2000 ; Limosin, 2002...) autour d'une plus grande vulnérabilité biologique des femmes à l'alcool. A âge, poids et consommation égaux, l'alcoolémie sera toujours plus élevée chez une femme. Elles connaîtront des complications à des doses moins fortes et des temps d'alcoolisation moins importants.

Le poids, la taille et l'âge sont également des facteurs importants : plus le sujet est jeune, plus le risque de coma hypoglycémique est élevé. De la même manière, le risque de devenir dépendant est d'autant plus accru que l'âge des premières alcoolisations est précoce. Par ailleurs, certains états pathologiques (hépatites, pathologies de la sphère digestive, anorexie...) sont susceptibles d'augmenter la concentration d'alcool dans le sang.

Si les mécanismes neurophysiologiques responsables de l'intoxication et de la dépendance à l'alcool restent peu connus, quelques pistes permettent d'entrevoir le fonctionnement ou plutôt les dysfonctionnements du cerveau alcoolique (Rahioui & Reynaud, 2006). Nous savons aujourd'hui qu'il n'existe pas de récepteurs spécifiques à l'alcool. Il agit comme un leurre pharmacologique mimant l'action des neurotransmetteurs. Pour compenser cette sur-stimulation, des systèmes de compensations (« mécanismes opposants »), sont activés. Ainsi, l'alcool faciliterait la transmission du GABA, qui a une fonction inhibitrice sur l'activité neuronale ; c'est pourquoi il produit un effet anxiolytique, sédatif proche de celui des benzodiazépines. Or, cet effet se tarit lors d'une consommation prolongée, pouvant induire des complications neurologiques (épilepsie...), psychiatriques (anxiété...), ainsi que des symptômes du sevrage. L'alcool serait alors consommé pour diminuer, masquer ces symptômes (renforcement négatif). Par ailleurs, l'alcool stimule le système dopaminergique ; c'est-à-dire le système récompense/punition, d'approche/évitement ou encore de plaisir/

souffrance ; bref il touche à nos désirs, nos émotions... Ce système est formaté précocement selon les expériences de plaisir/déplaisir corporelles, puis émotionnelles liées à la qualité du maternage et au développement des liens d'attachement. Ces constats biologiques convergent vers d'autres modèles explicatifs. Ici, l'alcool est consommé pour ses effets de renforcement positif (euphorisant...), d'autant plus que le fonctionnement des neurones dopaminergiques serait déficitaire, à la faveur d'un usage prolongé.

Enfin, il existerait une interaction entre alcool et endorphines (neurotransmetteurs opiacés endogènes). L'activité de ce système est anormale chez les sujets alcoolodépendants et prédisposés à l'alcoolisme (réponses accrues aux effets stimulants de l'alcool). Ce résultat laisse supposer que l'effet récompense/renforcement de l'éthanol dépend en partie des endorphines, et permet de comprendre l'efficacité des antagonistes opiacés (Naltrexone) dans la réduction du besoin compulsif de consommer et dans le maintien de l'abstinence.

3.2.2. *L'approche par les traits de personnalité :*

*« L'alcool change l'homme
mais son effet est éphémère comme celui de la volupté »
Roger Lemelin (1992) « Les Plouffe »*

Il est ardu de différencier les traits de personnalité constitutifs et secondaires à l'alcoolisme, plus particulièrement lorsque l'alcoolisation dure depuis des décennies.

Lorsque nous nous hasardons à aborder la personnalité alcoolique, il semble davantage s'agir d'un conditionnement progressif à l'alcool aboutissant à quelques points communs, plutôt que de caractéristiques stables... D'ailleurs, aucune personnalité préalcoolique univoque n'a pu être dégagée. « *Aucun facteur, aucune disposition psychopathologique spécifique n'ont pu rendre compte isolément du développement d'une conduite alcoolique* » (Monzani, 1997) ; de sorte que, pour de nombreux auteurs, la personnalité préalcoolique reste un leurre (Gomez, 1999 ; Descombey, 2003...). Adès & Lejoyeux (2003) soulignent que la portée de ces études est limitée en raison de l'interaction de la personnalité avec d'autres facteurs (biologiques, sociaux...). A ce jour, il est donc impossible de « prédire » une alcoolodépendance à partir des traits de personnalité. Ces recherches menées à partir d'inventaires de personnalité ont surtout confirmé l'hétérogénéité de la personnalité alcoolique. Certes, au MMPI, les scores aux échelles D (Dépression), Pt (Psychasthénie) et Pd (Psychopathie) apparaissent comme plus élevés que dans la population générale. Or, ils ne sont pas suffisants pour définir une personnalité précise des sujets alcooliques, ils dégagent plutôt des profils possibles.

Selon Fouquet (1971), la caractéristique principale de la personnalité alcoolique est l'**apsychognosie**. Elle se traduit par l'incapacité de se voir, de se juger, et un appauvrissement

du dialogue interne. Elle implique une « pseudo » adaptation de surface faite d'apparence, d'inauthenticité des échanges et de rugosité du contact. Ainsi l'apsychognosie se rapprocherait des concepts d'alexithymie et de pensée opératoire. En conséquence, le discours semble pauvre, invariablement répétitif. La subjectivité du sujet se cache derrière des phrases convenues (ou de convenance), des proverbes et autres expressions toutes faites... « *L'homme, l'individu n'apparaît guère derrière les clichés conformistes, éléments de discours d'emprunt repris du discours des autres (...)* Le "je" ou même le "nous" disparaissent derrière le "on" » (Descombey, 2003). La parole semble dépouillée d'émotions, vide... « *L'alcoolique, ça ne me dit rien* » déclarait Clavreul en 1959. Fouquet (1971) estimait que l'apsychognosie était secondaire aux alcoolisations, et qu'elle avait tendance à disparaître après l'arrêt de la consommation. Cependant, Descombey (2003, 2005) avance que ce trait dépasse les périodes d'alcoolisation.

L'apsychognosie s'accompagne de plusieurs corollaires. L'**asomatognosie** signifie que la personne alcoolique tend à ignorer ou à nier son corps, sain ou malade. Le corps n'est pas vécu comme habité mais comme une entité extérieure voire étrangère.

L'**anosognosie** renvoie à la méconnaissance (dans le sens de « ne pas vouloir savoir »... différent du déni...) de l'intoxication et donc de soi.

L'**athanatognosie** manifeste une méconnaissance de la mort, une impossibilité à exprimer cette expérience autrement que par des banalités. Invalider ainsi la réalité de la mort pourrait s'interpréter comme une tentative d'annuler le temps.

La personnalité alcoolique frappe donc par son **achronognosie**. Temps flottant, absent... Le sujet vivrait dans un présent perpétuel, sans référence au passé ni perspectives d'avenir. Alexander Trocchi (1960), écrivain alcoolique et toxicomane, décrit justement ce phénomène : « *A certains instants je me surprends à considérer toute ma vie comme menant à l'instant présent, le présent étant tout ce que j'ai affirmé. Parler du passé ou penser à l'avenir manque quelque peu de dignité* ». Comme le souligne justement Descombey, certains sujets alcooliques boivent pour « tuer le temps » ; ce qui revient soit honnir le temps (« tu hais le temps »), soit à le défier en devenant son égal (tu es le temps). Ainsi, la temporalité chez l'alcoolique est un concept tronqué, il s'agit davantage d'« a-temporalité ». Descombey (2003) nomme « *temps télescopé* » cette appréhension particulière de la chronologie, en « *un instantané répétitif et perpétuel, qui a l'apparence d'un présent, et recouvre passé et avenir, sans changement, étendu à perte de vue* ». D'ailleurs, ce n'est pas tant la perception du temps proprement dite qui est ignorée mais plutôt le constat tragique qu'il demeure incontrôlable.

Ces traits, appartenant à la sphère cognitive, ne dispensent pas la personnalité alcoolique de quelques « dons », notamment dans le domaine artistique, mode d'expression « a-verbal » par excellence... « *L'alcoolique a des capacités de création qui échappent typiquement à la pensée logique et verbale : la musique et les sons, la peinture et les couleurs, la sculpture et le toucher, la poésie qui transgresse le sens des mots* » (Gomez, 1993).

Parmi les traits de personnalité concernant la sphère affective, l'**immaturité** est prépondérante (Archambault, 1995 ; Gomez, 2003 ; Descombey, 2003...). Elle s'exprime à travers des **dépendances multiples**, notamment à l'égard de l'entourage, avec lequel le sujet alcoolique entretient une relation infantile. Difficultés à vivre sans et sous le regard de l'autre (recherché et fui, rassurant et dangereux), le sujet s'accroche au semblable, au paraître pour pallier une **faible estime de soi**. Le besoin de protection est intense, la solitude intolérable. Le sujet recherche intensément la présence du groupe, au sein duquel il peut se fondre et se vivre comme « normal ». Gomez (1993) nomme cette quête le « *syndrome du cocon* ».

L'absence d'autonomie contraste avec les **attitudes de retrait et de fuite manipulatoire** : le sujet ment, se ment... il est « apparemment » influençable. L'alternance entre passivité et revendication traduit une grande instabilité émotionnelle. La loi du « tout ou rien » et du « tout, tout de suite » régissent la personne alcoolique, et induisent une intolérance l'ennui ou la frustration. « *L'alcoolique est un peu comme lui [l'enfant] : il vit beaucoup de choses intensément et cette sensibilité lui fait du tort* » (Gomez, 1993). Les **humeurs** sont **variables** à l'extrême, avec comme fond commun une dépressivité et une anxiété masquées ou explicites.

La personnalité alcoolique s'apparente donc à un **faux self**, une **personnalité « as if »**. Ainsi, le sujet s'attache à éviter toute situation susceptible de faire tomber les masques. Selon Gomez (1993), « *les sujets ne savent plus qui ils sont, ce qu'ils pensent, ce qu'ils font, ce qu'ils aiment vraiment* ». En quête d'identité, l'alcool leur offre, dans un premier temps, l'illusion d'être, alors qu'il ne fait que renforcer ce « *sentiment d'inexistence* ».

Les recherches autour des traits de personnalité font peu état d'études comparatives des différents types d'alcoolisme. D'ailleurs, certains auteurs (Paille, 2000 ; Gomez, 2003...) n'établissent aucune différenciation. Sans effectuer de parallèle avec l'alcoolose, Descombey (2003) avance que ces traits cognitifs (apsychognosie...) définissent la sémiologie de l'alcoolite. Alonzo-Fernandez (1987) produit une description fine de la personnalité alcoolomane (alcoolose). Or, les traits mentionnés ne sont pas vraiment différenciateurs : temporalité altérée, faible estime de soi, méconnaissance du trouble... Les travaux de Zuckerman (1994), menés depuis les années soixante autour du concept de **recherche de sensations**, ont conduit Cloninger (1988) à caractériser l'alcoolisme de type II par un niveau

élevé de recherche de nouveauté et un bas niveau d'évitement du danger et de dépendance à la récompense, alors que le type I correspond à un bas niveau de recherche de nouveauté, un niveau élevé d'évitement du danger et de dépendance à la récompense.

En conclusion, personnalité et comportement alcoolique ne doivent pas être confondus. C'est d'ailleurs davantage la conduite qui semble décrite à travers les traits que nous venons d'explorer. Tout au plus ils dressent un profil, de sorte qu'il n'existe pas de personnalité alcoolique au sens strict, ce qui laisse une large place aux histoires individuels et donc aux interactions entre le sujet et son environnement.

Ce chapitre nous a permis d'appréhender de manière descriptive les facteurs étiologiques externes et internes, susceptibles d'influencer le développement de l'alcoolisme. Afin d'approfondir l'exploration de cette problématique, nous allons nous intéresser plus précisément aux courants explicatifs à travers l'approche cognitive et psychodynamique.

4. L'ALCOOLODEPENDANCE AU REGARD DE LA PSYCHOLOGIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE :

*« Mon esprit se révoltait constamment
contre mon sort et mon existence,
la seule façon dont je pouvais le calmer
consistait à boire, boire, boire. »*

Charles Bukowski (1973) « Deux pochard »
in « Au sud de nulle part », « Contes et nouvelles », 2004)

Le **modèle cognitivo-comportemental** associe les paradigmes comportementaux (processus d'apprentissage en termes de conditionnements) et cognitifs (analyse subjective d'une situation en fonction des modes de pensées conscientes ou automatiques, constitués au cours du développement, sans cesse reconstruits).

Les conduites sont alors appréhendées à travers les interactions présentes, passées entre l'individu et l'environnement. Dans cette perspective, les perceptions, les attributions causales, les croyances, les valeurs et les attentes constituent autant de variables individuelles qui génèrent un comportement, contribuent à son maintien ou à son extinction.

Il en va de même pour l'alcoolodépendance qui renvoie à un comportement de consommation de boisson alcoolisée. Or, des aspects émotionnels, cognitifs, environnementaux et psychologiques sous-tendent conjointement ce mésusage.

Ainsi, de ce point de vue, la conduite alcoolique peut s'expliquer par différents types d'apprentissage (conditionnement classique, opérant, apprentissage social... pôle comportemental), et par l'activation de processus dysfonctionnels (schémas mentaux ; stratégies de coping...) construits et médiatisés par les expériences antérieures, les croyances, les attentes... (pôle cognitif)

4.1. Les modèles explicatifs de l'alcoolodépendance issus des travaux en psychologie cognitivo-comportementale.

4.1.1. Alcoolisme et théories de l'apprentissage :

*« Allons mes amis... Vous me semblez bien secs !
Vous n'y couperez pas, il vous faudra boire.
C'est dans nos conventions ! »
Platon « Le Banquet »*

En 1960, Jellinek avait pressenti que l'alcoolisme pouvait s'interpréter comme un **comportement appris** qui, bien qu'inadéquat à long terme, permettrait au sujet, dans un premier temps, de faire face aux émotions négatives ou aux situations difficiles (Sobell & Sobell, 2001). Par exemple, face à de l'anxiété, le sujet a expérimenté que boire de l'alcool conduit à diminuer cette sensation, et donc à se sentir mieux. Cependant, la répétition de cette action dégrade peu à peu son fonctionnement général et aboutit à une gestion inefficace de toutes les situations. En suivant cette idée, nous explorerons trois types d'apprentissage : le conditionnement classique, le conditionnement opérant et enfin, l'apprentissage social qui, par son approche intégrative permet de lier les courants comportementaux et cognitifs.

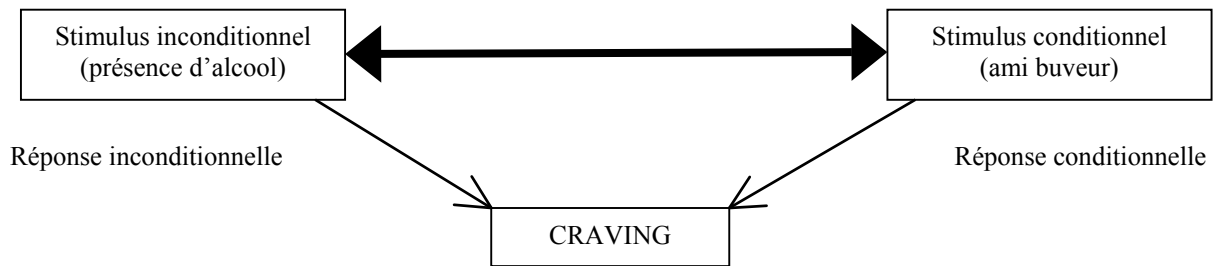
4.1.1(a) La consommation d'alcool comme réponse conditionnée

Le **conditionnement classique**, mis en évidence par Pavlov (1927), est un apprentissage produit par la contiguïté de deux éléments environnementaux, que le sujet finit par combiner. Ainsi, un stimulus neutre, dit « conditionnel » est exposé en association avec un autre, qui provoque habituellement une réponse « inconditionnelle », de sorte que le stimulus conditionnel finit par évoquer seul le résultat, alors appelé « réponse conditionnelle ». Plusieurs facteurs concourent à la réussite de cet apprentissage : la répétition de l'association, le temps d'apparition entre les deux stimuli (qui doit être court), l'intensité du stimulus inconditionnel et enfin, l'état psychologique de l'organisme au moment de la présentation.

Dans le cas de l'alcoolodépendance, le stimulus inconditionnel, l'alcool, induit une réponse inconditionnelle : l'envie de boire (craving). Si une personne a l'habitude de consommer en compagnie d'amis (stimulus neutre) ; la répétition de l'association entre l'alcool et cette situation va aboutir à la transformer en stimulus conditionnel. Ainsi, la seule rencontre avec ces amis va activer le craving (réponse conditionnée). Un tel conditionnement peut, par la suite, mettre en danger l'abstinence ; voir ses proches risque d'induire l'envie de boire (alors que le sujet ne pensait plus à l'alcool par ailleurs), et donc conduire à la rechute.

Le processus du conditionnement classique est résumé dans le schéma ci-dessous :

Figure 1 : Conditionnement classique
(in « Modèles cognitifs et comportementaux des addictions », H-J., Aubin, 2006)

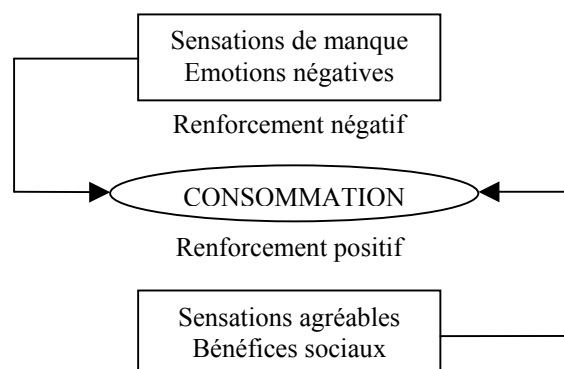


4.1.1(b) La consommation d'alcool comme produit d'un conditionnement opérant

Dans le **conditionnement opérant**, décrit dès la fin des années trente par Skinner (1971), l'apprentissage s'effectue en fonction des conséquences du comportement (renforcement) sur le sujet et/ou son environnement. En ce sens, les actions qui ont des effets bénéfiques (renforcement positif) ou qui permettent d'éviter des situations désagréables (renforcement négatif) tendront à être répétées. Renforcement négatif ne signifie pas punition (stimulus aversif réduisant la probabilité d'une réponse et conduisant à l'extinction du comportement). Certains événements produisent à la fois des renforcements positifs et négatifs, comme par exemple le comportement d'alcoolisation. La consommation d'alcool est soutenue et alimentée par ses propres effets. Les expériences satisfaisantes (sensations agréables, bénéfices sociaux...) jouent le rôle de renforcement positif; ainsi, les alcoolisations peuvent s'accroître dans le but de retrouver ces états de bien être et/ou ces situations attrayantes. Lorsque la dépendance physique est installée, les symptômes de sevrage (tremblements, émotions négatives...) s'interprètent comme un renforcement négatif, dans le sens où la consommation d'alcool va permettre diminuer ce malaise.

Ce modèle est représenté dans le schéma ci-dessous :

Figure 2 : Conditionnement opérant
(in « Modèles cognitifs et comportementaux des addictions », H-J., Aubin, 2006)



4.1.1(c) L'alcoolisme dans la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977)

L'**apprentissage social** selon Bandura (1977) repose sur le processus d'identification dans les interactions humaines. Il s'agit d'un apprentissage par imitation de modèles, encore appelé **modelage**. Ce modelage dépend de différents facteurs : âge, sexe, sentiments du sujet à l'égard de la personne qui va jouer ce rôle... Si le modèle est porteur de valeurs saines et/ou de comportements adaptatifs, le sujet va pouvoir s'ajuster aux contingences de l'environnement, et faire face aux situations difficiles (développement de l'efficacité personnelle). A l'inverse, le modelage peut être impliqué dans l'initiation des conduites d'alcoolisation (imitation des parents, des pairs... consommateurs) et dans leur maintien (condition pour garder sa position dans le groupe...). En effet, cet apprentissage est très efficace, peu d'expositions sont nécessaires. Cependant, il reste possible de pallier ces conduites en permettant au sujet d'apprendre d'autres comportements à partir de nouveaux modèles.

Ce modèle, purement comportemental, a peu à peu introduit une dimension cognitive, à travers l'inclusion des croyances (chance de réussir...) influant sur cet apprentissage. Ainsi, les personnes alcooliques présenteraient une faible estime de soi et un sentiment d'efficacité personnelle bas, leur offrant peu de ressources pour faire face aux situations à problèmes. Ces caractéristiques pourraient donc également contribuer à déclencher les alcoolisations.

A partir des années quatre-vingt, l'hypothèse selon laquelle l'alcoolodépendance serait issue d'un défaut d'apprentissage est dépassée (Sobell & Sobell, 2001). Ainsi, au-delà des conjonctures externes, certaines pensées (cognitions) ou émotions participent à la sensibilité à l'alcool. Dans cette perspective, nous allons explorer le modèle cognitif de Beck (1993).

4.1.2. *Le modèle cognitif de Beck :*

*« — L'appétit vient en mangeant, disoit Angest on Mans.
La soif s'en va en buvant »
François Rabelais (1534) « Gargantua » (chapitre V)*

La cognition regroupe les divers processus mentaux allant de l'analyse perceptive à la commande motrice, en passant par le langage, la mémorisation, les émotions... Cette théorie est donc centrée sur le rôle de la compréhension subjective.

Selon Beck (1974), les sujets interprètent les situations en fonction des **croyances** qu'elles réactivent. En retour, ces interprétations modulent les émotions, les motivations et les actions des individus. Beck (1993) a conçu un système d'analyse et d'interprétation des stimuli se basant sur des structures d'organisation stables et durables, appelées « **schémas** ».

Les schémas évoluent tout au long de la vie, ils « *correspondent à des structures abstraites de représentations de connaissances et des expériences antérieures* » (Découvlaere & al, 2002). Ils sont stockés en mémoire à long terme, et demeurent inconscients ; ils ne sont accessibles qu'à travers les pensées automatiques qui leur sont associées. Les schémas gèrent toutes les étapes du traitement de l'information : filtrage, organisation en mémoire, récupération... Ils contribuent à la gestion de l'action en centrant le sujet sur certains stimuli (sensibilisation sélective). Ils s'activent selon les situations afin de les classer, interpréter, évaluer... les schémas donnent donc du sens au vécu. Selon Hautekèete (2001), le fonctionnement pathologique correspondrait à un haut niveau d'activation des schémas conduisant à un traitement rigide et erroné des informations. En effet, les schémas s'autorenforcent car ils sécurisent le sujet en tant qu'ils représentent ce qu'il a toujours été. Ils saturent donc la pensée consciente du sujet. Le raisonnement logique et volontaire cède face aux distorsions cognitives, d'où l'émergence de comportements et d'émotions inadaptés.

Ainsi, dans le modèle cognitif de Beck & al. (1993), l'**alcoolodépendance** est interprétée comme une **stratégie apprise**, et inadaptée à long terme, pour faire face à une situation à problèmes, reflétant ces distorsions cognitives, ces **schémas dysfonctionnels**.

Les schémas addictifs reposent sur des **Schémas Centraux Dysfonctionnels (SCD)** qui, sans être prédisposants, contribuent au développement et au maintien de la conduite. Ces SCD sont de deux types : ceux concernant la liberté, l'autonomie et la réussite personnelle, et ceux se référant aux relations (se croire accepté ou rejeté). Si le sujet se trouve dans une situation qui confirme ces croyances (rejet dans un contexte social), la force de ces dernières augmente, produisant un état émotionnel négatif (malaise...). Le sujet se remémore que l'alcool a pu, par le passé, remédier à ce mal être de manière efficace (**schémas spécifiques**). Cette stratégie étant la seule disponible, incite au craving (consommation d'alcool). Ainsi, l'usage d'alcool afin d'obtenir des effets précis conduit le sujet à façonner des croyances à l'égard du produit. Les schémas spécifiques (croyances) impliqués dans la conduite de consommation guident le comportement du sujet et peuvent se résumer dans le **modèle ASP** (Beck & al., 1993) :

- « **A** » renvoie aux **croyances Anticipatoires**, c'est à dire aux **attentes positives**.

Pour Beck & al. (1993), il existe sept types d'attentes positives vis-à-vis de l'alcool :

- L'équilibre psychologique ;
 - Le bon fonctionnement social et intellectuel ;
 - Le plaisir ;
 - La stimulation ;
 - Le réconfort ;
 - La lutte contre l'ennui, l'anxiété, la tension ou l'humeur dépressive ;
 - Sans l'alcool, la souffrance ne peut que continuer voire s'aggraver.

Le sujet croit que l'alcool va augmenter son bien être, améliorer ses performances, diminuer ses états de tension... Au fur et mesure que l'alcool répond à ces attentes, le sujet va s'en servir pour palier ses failles, d'où l'activation de croyances Soulageantes.

- « **S** » se réfère donc aux **croyances Soulageantes**, qui visent la réduction d'un malaise ou du manque (boire m'aide à...). Ces croyances mènent souvent à la consommation.
- « **P** » se rapporte aux **croyances Permissives**, qui justifient les alcoolisations en dépit de conséquences négatives. Le sujet s'autorise à consommer (« je l'ai bien mérité... ») et organise de véritables plans d'action afin de trouver « des prétextes » à boire.

Validé par Hautekèete & al. (1999), ce modèle ASP se révèle pertinent pour décrire les schémas dysfonctionnels impliqués dans l'alcoolodépendance : les personnes alcooliques présentent davantage de pensées automatiques, exprimées de manière plus intense, en lien avec ces schémas que les sujets tout-venants. Cet écart est cependant moindre en ce qui concerne le schéma « A », dans la mesure où des personnes non alcooliques peuvent avoir des attentes positives vis-à-vis de l'alcool. Ces croyances sont donc activées de manière séquentielle, et leur installation s'accroît en même temps que l'alcoolisation. Ainsi, des pensées automatiques négatives engendrent des croyances **Anticipatoires**, puis **Soulageantes** provoquant une forte envie de consommer qui, dans le cas d'un sentiment d'**efficacité personnelle faible**, favorise l'émergence de croyances **Permissives**.

Folly & al. (2001) soulignent que l'envie de boire « *est accompagnée de sensations physiques qui s'apparentent à la faim, c'est un état ressenti comme viscéral* ». A l'inverse, « ne pas boire » comporte une forte composante cognitive, en tant qu'elle découle d'une prise de décision et du sentiment d'**autoefficacité** (sujet se sent capable de surmonter les sensations et les émotions négatives...). Dans le cas contraire, le sujet est incapable de contrôler son envie et confirme ainsi son incapacité à y faire face. La consommation devient un réflexe. Ces deux motivations sont donc qualitativement différentes.

Par ailleurs, les attentes demeurent ancrées dans la mémoire et continuent d'influencer le comportement, y compris lorsque les effets positifs s'estompent : le plaisir s'étiolle plus vite que le souvenir de celui-ci, et que l'anticipation de cette réminiscence (attribution).

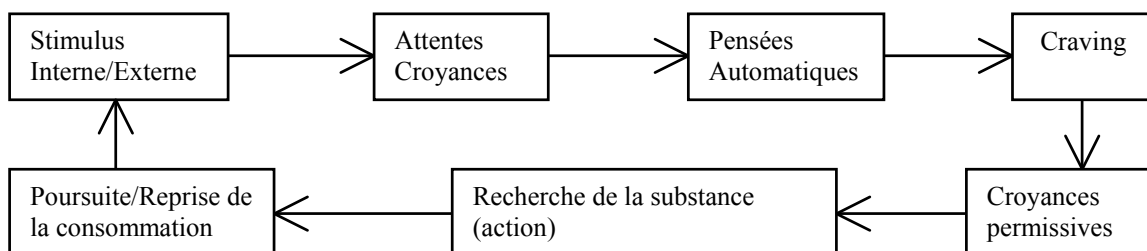
Les apprentissages sont donc inscrits et structurés en mémoire dans des schémas cognitifs, constitués des éléments qui ont érigé l'alcool comme une solution. Le sujet alcoolique filtre et analyse les événements à travers le prisme déformant de ces schémas : sa perception, ses émotions et ses pensées sont orientées pour n'anticiper que les conséquences positives de l'alcoolisation. Il dispose alors d'un éventail limité de stratégies pour résoudre ses problèmes.

De manière rétroactive, les effets réels de l'alcool ou du syndrome de sevrage sont modifiés en fonction de ces éléments. En conséquence, plus que les situations en elles-mêmes, ce sont les **schémas dysfonctionnels** (et les pensées automatiques associées) qui conduisent à la consommation d'alcool. Beck & al. (1993) ont ainsi développé un modèle illustrant le maintien de la conduite d'alcoolisation (cf. **figure 3**) :

La boucle cognitivo-comportementale est initiée par un stimulus interne (émotions négatives) ou externe (situations à problème : « parler devant un auditoire »), qui produit un schéma cognitif composé d'attentes et de croyances (« on se sent plus à l'aise en ayant bu »).

Ce schéma s'exprime à travers des pensées automatiques (« boire me met à l'aise ») qui enclencheront l'envie de consommer. Cette envie sera soutenue par des croyances permissives (« un verre ne me fera pas de mal ») qui vont initier le comportement de recherche d'alcool.

Figure 3 : Modèle cognitif de Beck & al. (1993)
in « Modèles cognitifs et comportementaux des addictions », H-J., Aubin, 2006)



Le modèle cognitivo-comportemental considère donc l'alcoolodépendance comme un phénomène complexe, dont le développement et le maintien dépendent l'interaction de plusieurs facteurs : l'individu (personnalité, lieu de contrôle, croyances, attentes...), l'environnement (social, familial... ainsi que le coping), son histoire (événements de vie)... Ces éléments concourent à créer dans la mémoire à long terme des schémas inconscients, qui par là même gèrent le comportement du sujet et donnent sens à ses expériences vécues.

Notre but n'est pas de vérifier la validité de ce modèle, mais d'étudier certains de ces facteurs dans une perspective comparative, afin de saisir la manière dont le sujet approche, perçoit voire explique son trouble, dans ses dimensions « objectives » (réalité externe) et subjectives (vécu, sens donné à sa conduite...). Ainsi, nous porterons notre attention sur :

- les **attentes** vis-à-vis de l'alcool ;
- les **attributions causales** et le **lieu de contrôle** ;
- les **stratégies de coping** mises en place par les sujets alcooliques pour faire face aux situations stressantes ;
- les **événements de vie** (chronologie, impact émotionnel, lien aux alcoolisations).

4.2. Les facteurs considérés dans cette étude.

4.2.1. Les attributions causales et le lieu de contrôle :

- « - *Que fais-tu là ?* dit-il au buveur, (...).
- *Je bois,* répondit le buveur, d'un air lugubre.
- *Pourquoi bois-tu ?* lui demanda le petit prince.
- *Pour oublier,* répondit le buveur.
- *Pour oublier quoi?* s'enquit le petit prince qui déjà le plaignait.
- *Pour oublier que j'ai honte,* avoua le buveur en baissant la tête.
- *Honte de quoi ?* s'informa le petit prince qui désirait le secourir.
- *Honte de boire !* acheva le buveur (...) »

Antoine de Saint Exupéry (1943) « Le Petit Prince »

4.2.1(a) Alcoolisme et attributions causales

La théorie de l'attribution, initiée dans le champ de la cognition sociale en 1944, a été développée en 1958 par Heider, dans l'ouvrage princeps « *The psychology of interpersonal relations* ». Selon cet auteur, les individus possèderaient une psychologie naïve, basée sur la rationalité, qui concourt à structurer leur environnement de manière stable et cohérente. Elle s'appuie sur le **processus d'inférences**, opérations mentales conduisant à tirer des conclusions d'une série de propositions reconnues comme vraies. Ainsi, « *les individus iraient au-delà des données de la situation pour l'expliquer, pour la comprendre et pour y adapter leur comportement* » (Deschamps & Clémence, 1990).

Heider (1958) définit l'attribution comme « *la recherche par un individu des causes d'un événement, c'est-à-dire la recherche d'une structure permanente mais non directement observable qui sous-tend les effets, les manifestations directement perceptibles* ». Ainsi, la **notion de causalité** est centrale : les attributions interrogent le **pourquoi** afin de déterminer la source, dans le but d'interpréter, de prédire et donc de maîtriser un événement, en particulier, notre propre comportement (auto-attribution) ou celui d'autrui (hétéro-attribution). Ce traitement cognitif de l'information permet alors aux individus d'orienter et de réguler leurs actions, leurs émotions... en fonction de la signification, de la cause attribuée aux effets.

Le concept d'attribution inclut la perception et le jugement. Les événements seraient provoqués par un déterminisme émanant soit des caractéristiques du sujet (personnalité, émotion...), ce sont les **attributions internes** ou « **facteurs dispositionnels** » ; soit de l'environnement (chance, hasard, autrui...), ce sont les attributions **externes** ou « **facteurs situationnels** ». Nous nous limiterons à cette opposition basique entre causes internes et externes, bien que cette dichotomie ait été affinée (Deschamps & Clémence, 1990).

Le processus d'attribution se déroulerait en trois étapes : (Bourhis & Leyens, 1999)

- 1- Le sujet repère les effets d'une action.
- 2- Il compare le résultat obtenu aux effets possibles.
- 3- Enfin, il attribue une cause à cet effet ; en d'autres termes il établit une correspondance entre une action, une intention et une disposition.

Le choix d'une attribution interne/externe détermine les attentes et réactions face à un événement. D'ailleurs, d'un point de vue social, l'attribution de causes internes est valorisée, c'est la **norme d'internalité** (Dubois, 1994).

Ce procédé inférentiel n'est pas continu : l'homme ne cherche pas en permanence à expliquer ses expériences. Ce processus serait initié en cas de conflit, d'incertitude, face à des situations inattendues, inhabituelles qui révèlent le manque de cohérence ou de stabilité du monde. Ainsi, l'attribution vient pallier un déséquilibre cognitif, procurant au sujet un gain de contrôle. Selon Deschamps (1996), « *l'interprétation causale n'est pas la liaison arbitraire d'un fait donné et de sa signification ; elle obéit au principe de l'équilibre cognitif qui suppose que les jugements et les attentes d'une personne ne sont pas en contradiction avec les implications des jugements ou attentes relatifs à d'autres aspects de l'environnement* ».

A la suite de Heider, Kelley (1967) a souligné le **caractère motivationnel** du processus d'attribution : motivation à « *atteindre la structure causale de l'environnement* » afin de le maîtriser, et rendre les événements prédictibles, contrôlables... Bourhis & Leyens (1999) abondent dans ce sens « *il se dégage par ailleurs une motivation centrale à la base des processus inférentiels (...) Les individus auraient donc bien une motivation à contrôler leur environnement et les processus d'attribution seraient un des moyens d'assurer ce contrôle* ».

Le concept d'attribution, porteur de sens et révélateur de motivation, a été appliqué au domaine de l'**alcoolodépendance**. En effet, il est reconnu que les personnes alcooliques nient la responsabilité de leur trouble, qu'ils situent davantage dans des facteurs situationnelles. Vuchinich & al. (1981) ont montré que les sujets alcooliques tendent effectivement à fournir **davantage de causes externes pour expliquer leurs alcoolisations**. D'ailleurs, en dehors de la conduite, Wright & Obitz (1984) ont souligné que ces sujets attribuent **moins de causes internes aux événements à venir**. A ce propos, les travaux de Trasher (1997) révèlent que les sujets alcooliques ont un **style attributionnel moins stable** que d'autres groupes psychopathologiques (dépressifs, patients au double diagnostic). Par ailleurs, les sujets, dont les attributions internes sont les plus faibles sont ceux qui échouent le plus dans le traitement. Ainsi, les attributions constituent une piste intéressante pour la thérapeutique, notamment en ce qui concerne l'attribution des rechutes, déterminante dans le maintien de l'abstinence.

Seneviratne & Saunders (2000) ont montré que les sujets alcooliques avaient tendance à attribuer davantage de **causes externes à leur rechute** tandis qu'ils produisent plus d'attributions internes lorsqu'ils évaluent celle d'autres sujets (hétéro-attribution). Ces résultats suggèrent que l'identification et la gestion de situations externes à haut risque comme « précipitants » de rechute pourraient être une conséquence du processus d'attribution plutôt que la cause « réelle » de la rechute. Alisdair & Richard (2004) ont avancé que des conséquences favorables (abstinence) seraient attribuées à des facteurs internes alors que des conséquences négatives (rechute) seraient perçues comme causées par des facteurs externes. Ces prédictions n'ont pas été vérifiées. Les auteurs en concluent que les attributions négatives sont moindres lorsque le sujet s'auto-évalue.

Ces données soulignent l'importance de la prise en considération des attributions dans la problématique alcoolique, d'autant qu'il existe bien souvent un décalage entre la conduite réelle du sujet et ses représentations, ce qu'il exprime...

Notre objectif sera de revenir à la fonction primordiale de l'attribution, comme processus de reproduction et de construction du réel aboutissant à donner sens au vécu. Quelles causes, quelles significations le sujet alcoolique attribue-t-il à son expérience de l'alcool ? La perçoit-il comme un phénomène intrinsèque (attribution interne) ou comme étranger à lui-même (attribution externe) ? Afin d'affiner ces informations, nous allons étudier en parallèle un concept approchant bien que trop souvent confondu : le **lieu de contrôle**.

4.2.1(b) Lieu de contrôle et alcoolodépendance

Le concept de **lieu de contrôle** (LOC) a été développé en 1954 par Rotter, il traduit « *une variable de personnalité qui concerne le degré de relation causale que les individus établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles (traits, aptitudes, attitudes) et les renforcements positifs ou négatifs qu'ils reçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie* » (Dubois, 1994). Considéré comme une caractéristique stable de la personnalité, le LOC interroge le **comment**, la manière dont les individus expliquent leurs comportements et analysent le rôle des renforcements dans l'orientation de leurs conduites. Deux types de croyances sont possibles :

- **Externe**, lorsque le sujet pense que le contrôle de la situation lui échappe du fait des forces du hasard, de la chance ou d'autrui (sujet dit « externe »).
- **Interne**, « *si au contraire, la personne considère que l'événement dépend de son propre comportement ou de ses caractéristiques personnelles relativement stables, nous dirons qu'il s'agit d'un contrôle interne* » (Dubois, 1987) ; (sujet dit « interne »).

D'après Dubois (1985), cette dichotomie s'apparente plutôt à un continuum du pôle le plus externe (« hasard » où l'individu n'a aucune prise sur les événements, qu'il subit) vers le pôle interne (« efforts » où le sujet, son action propre agissent sur l'événement).

Externalité / Internalité
Hasard Chance Destin Autres Tous Puissants / Obstacles Objectifs Capacités Efforts

Selon Dubois (1987, 1996) trois arguments plaident en faveur d'une différenciation des concepts d'attribution et de lieu de contrôle, parfois injustement confondus :

- Le LOC est une anticipation, indépendant du renforcement obtenu ; l'attribution est une explication posée a posteriori à propos des résultats d'un événement précis.
- Le LOC se réfère à la perception ou non (contrôle externe) de l'existence d'un lien entre la conduite ou une caractéristique de l'acteur et un renforcement. L'attribution renvoie au lieu de causalité, propre à l'individu (interne) ou extérieur à lui.
- Enfin, les événements concernés sont de nature différente : le LOC se rapporte aux renforcements ; les attributions englobent les comportements et les états émotionnels.

Depuis l'outil princeps de Rotter (1966), le lieu de contrôle est appréhendé à travers des échelles auto-administrées, présentant des couples de propositions antagonistes : l'une se référant à la croyance en un contrôle externe, l'autre au contrôle interne. Le sujet doit choisir la proposition qui lui convient le mieux. Cette méthode n'est pas exclusive. L'**IPC** (**I**nternal, **P**owerfull **O**thers and **C**hance) de Levenson (1972) a subdivisé le lieu de contrôle externe en deux dimensions : « autre tout puissant » et « chance ». Ainsi, les sujets doivent estimer leur degré d'accord ou de désaccord avec une série d'assertions sur une échelle de type Lickert. Précisons enfin, qu'il existe des échelles généralistes (comme celles citées) et d'autres typiques, en fonction du phénomène étudié. L'**ARS** (**A**lcoholic **R**esponsability **S**cale) de Worrel & Tumilty (1981) est spécifique à la problématique alcoolique. Sa construction s'inspire de l'échelle de Rotter (1966) : le sujet choisit entre deux propositions celle qui décrit le mieux son trouble. Il s'agira d'observer si le sujet alcoolique croit posséder un contrôle, une « responsabilité » par rapport à sa pathologie, ou si, au contraire, son alcoolodépendance et ses alcoolisations ont été, selon lui, renforcées par les autres, le destin... Ces deux dernières échelles, qui nous serviront d'outils, seront développées dans la partie méthodologie.

A partir des années soixante-dix, les travaux concernant les liens entre **alcoolodépendance** et lieu de contrôle, réalisés à partir de l'échelle de Rotter (1966), ont abouti à des résultats contraires à l'intuition : les **personnes alcooliques** seraient plus « **internes** » (Goss & Morosko, 1970 ; Gozali, 1971 ; Distefano & al., 1972...). Cependant, ces recherches souffraient de lacunes méthodologiques biaisant les résultats :

« une absence de comparabilité concernant les variables âge, sexe et niveau socio-éducatif entre le groupe des éthyliques et le groupe témoin » (Dhee-Perot & al., 1996).

La prise en compte de ces précautions inversa cette tendance : les personnes **alcooliques** seraient plus « **externes** » (Choltos & Butts, 1973 ; Mills & Taricone, 1991...), l'externalité augmentant avec l'intoxication (Higgins & Marlatt, 1975...). Huckstadt (1987) a montré que les sujets non alcooliques obtiennent un score d'internalité plus élevé que les sujets alcooliques (pratiquants et abstinents), et que les abstinents sont plus internes que les buveurs. Dans les années quatre-vingt, l'utilisation de l'**IPC**, présentant une meilleure validité, a abouti à des résultats similaires : externalité et moindre internalité qualifient le lieu de contrôle des personnes alcooliques (Krampen, 1980 ; Shelton & al, 1982...). Cependant, ce pôle externe ne représente pas une orientation stable de la personnalité, et certaines études ont montré que le **score d'internalité augmentait au cours du sevrage** (O'Leary & al, 1975 ; Bowen, 1978...). De même, les « **rechutants** » seraient **plus externes** que ceux qui maintiennent leur abstinence (Abbot, 1984, Canton & al, 1988 ; Johnson & al, 1991...).

Enfin, les études à partir de l'**ARS** ont permis une description fine des sujets alcooliques au regard du lieu de contrôle (comparativement au tableau offert par les données issues de l'échelle de Rotter). Ils auraient eu un parent lui-même alcoolique. Ils seraient plus « fêtards » que les autres buveurs, et auraient davantage été traités pour leur problème d'alcool. Ils connaîtraient plus de problème dans leurs relations sociales et leur vie professionnelle. L'autonomie et la dépression seraient des traits majeurs de leur personnalité, tandis que l'expression des sentiments est minime. Enfin, ils seraient les plus externes (Lefcourt, 1981).

A propos des études françaises, Dhee-Perot & al. (1996) ont comparé, à partir de l'**IPC**, le LOC de sujets alcooliques hospitalisés pour sevrage et pour une autre raison, et d'un groupe contrôle (sujets non consommateurs, non hospitalisés). Les résultats montrent que les **personnes alcooliques** et hospitalisées sont **plus externes** que les sujets tout-venants. Par ailleurs, « *les éthyliques refusant le « contrat » sont plus internes que ceux qui l'acceptent* » (Dhee-Perot & al., 1996). Ce constat s'expliquerait par la nature des soins proposés : les sujets externes s'accommoderaient d'une prise en charge cognitivo-comportementale, plutôt directive ; ce qui ne conviendrait pas aux sujets plus internes. De plus, le score d'internalité augmente, au fur et à mesure du séjour, pour tous les sujets hospitalisés (alcooliques ou non). Cet effet serait donc le résultat de l'hospitalisation plutôt que des bénéfices du sevrage. Enfin, « *il n'existe pas de différence au niveau des trois sous-échelles entre les patients abstinents (ou buveurs modérés) et les patients ayant rechuté* ». (Dhee-Perot & al., 1996). Ce résultat va à l'encontre de l'idée d'une résurgence de l'internalité en dehors de l'intoxication.

Ces données rejoignent donc celles de certaines études anglo-saxonnes dans le sens où c'est au niveau de l'externalité (et non de l'internalité) que les personnes alcooliques se distinguent des sujets tout-venants. Dhee-Perot & al. (1996) notent que, d'une manière générale, les scores à la sous-échelle « I » (internalité) sont nettement inférieurs à ceux obtenus dans les études étrangères, peut-être en raison d'un facteur culturel, spécifique à la France.

Malgré un apparent consensus autour d'une externalité plus importante du sujet alcoolique, certaines études continuent de montrer qu'il serait, au contraire, plus interne (Costello & Wicoff, 1984 ; Natera & al, 1988 ; Marchiori & al, 1999...). Cette variation des résultats s'expliquerait par l'hétérogénéité de cette population et/ou par les critères de sélection : outil utilisé (échelle générale vs spécifique), choix du groupe contrôle...

Goss & Morosko (1970) avancent que l'internalité du sujet alcoolique serait liée au **déni** (de son trouble, de son fonctionnement...), et donc par un sentiment de contrôle irréaliste. Gozali (1971) rappelle que ces sujets possèdent des schémas inadaptés, et un répertoire limité de stratégies disponibles (alcoolisation). Ainsi, ils connaîtraient des échecs répétés dans le contrôle de leur comportement. Cet état n'étant pas acceptable, le sujet érige à l'égard de sa conduite, une « **internalité illusoire** » : il croit maîtriser sa consommation, et se présente donc comme « interne » alors que son trouble révèle justement du manque de contrôle.

Reynaert & al (1995) notent que les auteurs anglo-saxons interprètent également l'externalité comme un processus défensif, une « **externalité apprise** » : cette position représenterait un moindre coût défensif (comparé à l'internalité) car elle « *permettrait de préserver l'estime de soi et diminuer le sentiment de culpabilité face à un nouvel échec potentiel* ».

Un compromis à ce dilemme semble avoir été trouvé à travers le concept de « **pseudo-internalité** », introduit par Reynaert & al. (1995). Les auteurs constatent qu'en dépit d'un « défaut » de contrôle manifeste (incapacité à maîtriser ou à arrêter la consommation), le sujet alcoolique continue à se définir comme « interne » dans son discours conscient. « *Les sujets alcooliques (...) auraient un lieu de contrôle subjectif (idéal de référence) fort interne, alors que dans les faits, ils se comportent de manière particulièrement externe et dépendant, ce qui expliquerait alors la présence d'un phénomène que l'on peut qualifier de pseudo internalité* ». Cette « pseudo internalité », image d'un « *soi idéal déformé* », conduirait à biaiser la mesure du lieu de contrôle (ainsi que toutes autres évaluations verbales) des sujets alcooliques. Afin de vérifier leur hypothèse, les auteurs ont associé la **MHLC** (**M**ultidimensional **H**ealth **L**ocus of **C**ontrol de Wallston, 1978 ; questionnaire interrogeant le degré subjectif de contrôle en matière de santé), au **GEFT** (**G**roup **E**mbedded **F**igures **T**est de Witkin, 1971 ; questionnaire centré sur le comportement effectif, sur la performance et la dépendance à l'égard du champ).

Les résultats montrent que les **sujets alcooliques** apparaissent comme plus internes que les sujets tout-venants à la MHLC. Or, ils ne sont pas plus indépendants à l'égard du champ au GEFT. Les personnes alcooliques présentent donc un **décalage entre leur message explicite et leur conduite**, ici mis en exergue par une épreuve qui ne fait pas appel à leur performance verbale. « *Nous proposons d'appeler "pseudo internalité" ou "controholism" ce discours officiel du sujet et ses performances effectives* » (Reynaert & al., 1995). La « pseudo-internalité » fonctionnerait comme une défense, **proche du déni**, qui permettrait « *au sujet alcoolique de se voiler la face par rapport à la réalité, cette dernière devenant chaque jour plus inassumable* » (Reynaert & al., 1995).

Notre recherche aura pour but d'évaluer le lieu de contrôle des sujets alcooliques et intermittents. En effet, à notre connaissance, aucune étude comparative n'a été entreprise dans ce sens. Nous nous demandons si cette différence de conduite peut avoir une incidence sur les croyances en un renforcement interne ou externe.

Pour conclure, Legrand (1998) attire notre attention sur la confusion entre cause et raison, qui s'opposent comme deux modes explicatifs du comportement humain. Selon cet auteur, « *la cause regarde vers l'arrière en quelque sorte, elle désigne une condition ou un événement antécédent supposé producteur du comportement* » alors que « *la raison ou le motif sont prospectifs, regardent vers l'avant, qualifiant une fin ou un projet visé par le comportement* ». Ainsi, le sujet peut « boire à cause de... » (attribution), mais également « boire pour... », et ainsi interroger ses attentes vis-à-vis de l'alcool. Il semble donc pertinent d'étudier causes (attributions) et raisons (attentes) de manière conjointe afin de parvenir à appréhender la position du sujet à l'égard de sa conduite, le sens qu'il donne à son trouble...

4.2.2. Les attentes vis-à-vis de l'alcool :

*« Je bois pour oublier mes années d'infortune
Et cette vie commune ; Avec toi mais si seul
Je bois pour me donner l'illusion que j'existe
Puisque trop égoïste ; Pour me péter la gueule »
Aznavour, C. « Je bois »*

Selon le point de vue cognitivo-comportemental, le comportement est expliqué, entre autres, par les renforcements positifs ou négatifs obtenus. Ces renforcements peuvent être conceptualisés par les **attentes** que les sujets ont à propos des conséquences de leur conduite. Ainsi, les attentes deviennent elles-mêmes des déterminants du comportement. Cette « **théorie des attentes** » s'applique à la problématique alcoolique (Jones & al, 2001 ; Del Boca & al. 2002...), et fait d'ailleurs l'objet d'un nombre grandissant de travaux.

Les attentes correspondent à des **croyances**, des **anticipations** des effets physiques et psychologiques de l'alcool (plaisir, désinhibition...). Ainsi, les effets de l'alcool ne sont pas uniquement le fruit de l'action pharmacologique de l'éthanol, mais dépendent également de ces représentations. « *Les attentes (...) exercent fréquemment une influence qui est même plus grande que les effets « réels » de la substance consommée et qui est observable pour une grande diversité de comportements liés à la consommation (utilisation, abus, dépendance)* » (Carvalho de Castro & al. 2007). Ce phénomène est perceptible dans les études intégrant la notion de **placebo** : les sujets qui croient avoir bu expriment et présentent des changements au niveau de leur comportement et/ou de leur performance (Brown & al., 1980 ; Barrucand, 1988, Corroy & al., 1989...). Cet **effet placebo** est accru chez le sujet alcoolodépendant.

Les attentes se construisent au cours d'un **apprentissage précoce**, en particulier sous l'impulsion du **modelage**, sans que l'expérience du produit soit indispensable. Certains travaux (Isaacs, 1977 ; Zourbas & al., 1985...) ont montré que les enfants connaissent et reconnaissent les effets de l'alcool chez l'adulte et que ce savoir va « modeler » leur future relation à l'alcool. Iniguez de Onzono & al. (2004) soulignent que les archétypes offerts par les médias, les parents et les pairs influencent les attentes envers l'alcool en fonction des attitudes et des valeurs attribuées à la consommation, et de la vulnérabilité individuelle. Dans ce sens, Oei & al. (1998) avancent que les premières attentes vis-à-vis de l'alcool seraient renforcées par les aléas environnementaux (contexte social) et par les effets chimiques de la substance. Les attentes sont donc mémoire des expériences (vécues, observées), des renforcements, et médiation cognitive des comportements antérieurs. Le sujet qui a appris que l'alcool était source de bien être (en remarquant son effet sur autrui ou en l'expérimentant lui-même), s'attendra à ressentir cette sensation lors de sa propre consommation ; cette croyance aura une incidence sur les effets réels, qui lui donneront effectivement du plaisir. Les attentes font donc l'objet d'un façonnage individuel. L'expertise collective de l'Inserm (2003) note que différentes variables influencent la force et la forme des attentes :

- Le **type de boisson** consommée.
- La **quantité** et la **fréquence** des alcoolisations. Les sujets alcooliques attendent des effets positifs à des doses plus importantes (Gustafson, 1989 ; Wiers & al., 2000...).
- Le **contexte** : social, séduction, réduction des tensions...
- L'**âge**.

A l'adolescence, une consommation modérée est associée à des attentes positives (plaisir...) tandis que les excès renvoient à des attentes négatives (malaise) (Russel & Mehrabian, 1975).

- **Le sexe.**

Les femmes associent davantage d'expériences négatives au fait de boire entre amis, en raison du risque de perte de contrôle. Elles consommeraient plutôt en réaction à des émotions négatives alors que les hommes s'alcooliseraient pour fêter un événement ou maintenir un état émotionnel positif (Maleka & Mustenen, 2000). « *Les hommes recherchent un bénéfice hédonique, les femmes un bénéfice fonctionnel* » (expertise collective de l'Inserm, 2003).

Ainsi, les attentes auraient une valeur prédictive sur l'installation et le maintien de la conduite de consommation tant chez l'enfant que chez l'adulte (Burden & Maisto, 2000 ; Jones & al, 2001 ; Darkes & al, 2004...). L'étude longitudinale de Smith & al. (1995) a révélé que les attentes des adolescents pouvaient prédire leur consommation deux ans plus tard.

En référence au modèle cognitif de Beck & al. (1993), ces auteurs accordent une place prépondérante aux attentes positives (croyances anticipatoires) et négatives (consécutives à l'abstinence) dans l'initiation de la conduite. Les attentes positives seraient en lien avec les alcoolisations, la quantité d'alcool consommée et donc le développement de la dépendance. Les attentes négatives (malaise...) sont associées à des alcoolisations plus faibles ; elles constitueraient un facteur de protection contre la dépendance, une source de motivation pour limiter ou arrêter la consommation (Jones & Mac Mahon, 1994 ; Lee & al., 1999...).

Les attentes peuvent également servir au changement dans le traitement de l'alcoolodépendance. En effet, les buveurs excessifs et dépendants présentent davantage d'attentes positives vis-à-vis de l'alcool, à des doses plus importantes que les sujets non consommateurs ou devenus abstinents (Gustafson, 1989 ; Jones & Mac Mahon, 1994...). Une étude française (Iniguez de Onzono & al., 2004) confirme ces résultats. Cette recherche a comparé de manière exploratoire les attentes vis-à-vis de l'alcool de sujets en sevrage et de sujets abstinents à partir de l'**AEQ** (**A**lcohol **E**xpectancy **Q**uestionary ; non validée à la population française). Les résultats montrent que les sujets **abstinents** présentent **moins d'attentes positives** vis-à-vis de l'alcool que les sujets en sevrage. Ainsi, « *l'abstinence s'accompagne, entre autres, de modifications au niveau des croyances concernant les effets de l'alcool* » (Iniguez de Onzono & al., 2004). La différence la plus remarquable concerne la « réduction des tensions physiques ». « *L'attitude des sujets abstinents face à cette attente pourrait traduire leur capacité à trouver d'autres moyens de réduction de la tension physique* » (Iniguez de Onzono & al., 2004). Si ces résultats proposent des pistes intéressantes, leur portée est limitée (outil non validée, faille échantillon N = 20), une telle étude demanderait à être reproduite, affinée.

Les attentes vis-à-vis de l'alcool sont donc généralement appréhendées à travers des échelles d'autoévaluation dont la plus classique demeure l'**AEQ** (Alcohol Expectancy Questionary) de Brown & al. (1980). Cette échelle a été déclinée en plusieurs versions selon la population (adultes, adolescents...), selon le type d'attente (positives, négatives...). Composée de 120 items, les sujets doivent exprimer leur degré d'accord concernant les effets positifs qu'une consommation modérée d'alcool peut (ou pas) induire. Le but de cet outil est de discriminer les consommateurs à problème et prédire leur évolution.

Selon Brown & al. (1980), six principaux types d'attentes peuvent être relevés :

- Augmentation de l'assertivité sociale (renforcement de l'assurance en société) ;
- Réduction des sentiments négatifs, relaxation, sommeil ;
- Changements positifs globaux ;
- Plaisir social et physique ;
- Augmentation des capacités et du plaisir sexuel (performance sexuelle) ;
- Sentiments d'agressivité, d'excitation et sensation physique.

Cette échelle, dans sa version adulte, a fait très récemment l'objet d'une adaptation française (Carvalho de Castro & al, 2007). Les auteurs ont montré que les composantes de l'échantillon français ne seraient pas les mêmes, mettant au jour d'éventuelles différences culturelles qui justifient le développement d'un instrument spécifique, non réalisé à ce jour.

Si la force prédictive des attentes sur la conduite de consommation est reconnue, l'expertise collective de l'Inserm (2003) nous invite à la prudence : cette corrélation serait plutôt modérée, du fait de facteurs sociodémographiques liés aux alcoolisations. De même, les attentes positives sont plus fortement liées à l'usage que les attentes négatives à l'abstinence. Les expériences négatives étant plus rares, elles seraient moins accessibles à la mémoire lors de la prise de décision de boire ou ne pas boire. Ainsi, ne pas parvenir à restreindre sa consommation (cf. **croissance en son efficacité personnelle pour refuser de boire**) est un meilleur indicateur des problèmes liés à l'alcool (Connor & al. 2000).

Le facteur « stress », en tant qu'il accroît l'attention portée aux sensations corporelles, est fortement prédictif des alcoolisations (Cooper & al., 1992). L'attente majeure du sujet alcoolique est donc la « **réduction des tensions** ». L'usage d'alcool afin de pallier un état de malaise peut être considéré comme une stratégie inadaptée (évitement) qui empêche le recours à d'autres coping plus fonctionnels. D'après Cooper & al. (1992), l'association entre la vulnérabilité au stress, les attentes positives vis-à-vis de l'alcool comme réducteur des tensions, et le coping d'évitement serait hautement prédictive d'une consommation d'alcool.

Enfin, ils soulignent que le lien de causalité ne serait pas linéaire mais circulaire : les attentes influencent le comportement qui, à son tour, modère les attentes... Les attentes sont donc un **phénomène dynamique** ; d'autant qu'elles peuvent varier dans le temps, être positives au début de la consommation, négatives finalement...

Sans nier la valeur de ces résultats, il demeure difficile de prémunir les sujets de l'usage d'alcool en tentant de modifier leurs attentes. De multiples variables externes et internes déterminent les premières alcoolisations et, plus tard, le mésusage d'alcool.

Néanmoins, cet axe constitue une piste indéniable à explorer au niveau **préventif**. L'Inserm (2003) et Morel (2005) soulignent que les attentes et les représentations à l'égard du produit ont été trop longtemps dénigrées par les programmes préventifs, plus volontiers médicaux ou moralisateurs... Même si ces approches ne sont pas dénuées de sens, Morel (2005) estime qu'« *elles contre productives parfois, peu crédibles souvent et, en tous cas, très inefficaces pour empêcher le développement des consommations* ». En prônant une « *logique du fléau* » basée sur la dangerosité d'un produit, ces conceptions entravent la prévention, dans la mesure où il semble difficile de trouver le message approprié, entre diabolisation et banalisation. De plus, en se centrant sur les risques, ces programmes omettent l'autre facette de la consommation, le gain de plaisir... Morel (2005) préconise donc une prévention dite « *expérientielle* » qui intègre la recherche de satisfaction. « *Entre plaisir et danger, chacun se conduit en fonction d'une attente et de limites qui renvoient à l'acceptation du risque. Cette acceptabilité du risque est fortement déterminée par la culture, la société, la pression du groupe d'appartenance, mais aussi l'histoire et l'expérience personnelle* » (Morel, 2005).

Pour cette recherche, notre but n'est pas de prédire l'évolution de la consommation des sujets alcooliques chroniques et intermittents à partir de l'analyse de leurs attentes vis-à-vis de l'alcool. Nous explorerons les attentes exprimées spontanément par les sujets. Comme pour les attributions, il importera de dégager si un groupe a davantage accès à cette dimension, à cette facette d'eux-mêmes, de leur expérience de l'alcool. En l'absence d'étude comparative, nous observerons, par ailleurs, si les attentes sont différentes selon le mode de consommation. C'est pourquoi, nous n'utiliserons pas de questionnaire (type AEQ). Nous nous demandons si l'utilisation d'un tel outil ne revêt pas un caractère artificiel... propre à « influencer » les réponses des sujets, en raison de différents biais, notamment la désirabilité...

Pour conclure, en suivant Cooper & al. (1992), la conduite alcoolique peut s'interpréter comme une stratégie inadaptée pour faire face au stress. Suivant cette idée, nous allons explorer les liens entre problématique alcoolique et stratégies de coping.

4.2.3. Les stratégies de coping :

« L'alcool est une manière de réagir à la vie dans un environnement surpeuplé »
Jim Morrison (in biographie de Hopkins, J., & Sugerman, D. (1980) « Personne ne sortira d'ici vivant »)

Le concept de « **coping** », apparu en 1966 dans l'ouvrage princeps de Lazarus « *Psychological stress and the coping process* », n'a cessé depuis d'être affiné.

« Coping » signifie littéralement « faire face ». Or, la traduction française est complexe car le coping est un concept multifacette. D'ailleurs, « **faire face** » implique l'idée de confrontation alors que certains coping sont justement basés sur l'évitement... Le concept de « *processus de maîtrise* », proposé par Corraze (1992), insiste sur la valeur dynamique du coping, mais il a une connotation trop positive : réagir à une situation n'implique pas forcément son contrôle. La notion de « *stratégie d'ajustement* » (Bruchon-Schweitzer, 2001) suppose une réflexion et un choix programmé qui ne conviennent qu'aux coping fonctionnels. De même, « ajustement » induit une adéquation du sujet à la situation plutôt qu'une tentative de modification. Enfin, dans « *stratégie d'adaptation* » (Spitz, 2002), la référence à l'adaptation paraît trop normative ou finaliste. Malgré ces critiques, dans ce travail, nous utiliserons indifféremment ces termes.

Le coping est défini par Lazarus & Folkman (1984, traduction de Spitz, 2002) comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou excèdent les ressources d'une personne* ». Cette définition souligne le caractère processuel du coping, changeant et spécifique, qui se distingue du résultat de celui-ci : un coping est adéquat ou non en fonction de la situation.

4.2.3(a) Origine du concept de coping

Le coping trouve son origine dans l'étude des mécanismes de défense. Ces notions furent parfois confondues « *un mécanisme de défense peut être considéré comme un processus d'ajustement* » (Lazarus, 1969), avant d'être distinguées. Le mécanisme de défense, de conceptualisation psychanalytique, renvoie à une opération inconsciente liée à des conflits intrapsychiques, dont le but est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Les stratégies de coping, d'obédience cognitivo-comportementale, sont des processus flexibles, conscients, spécifiques, orientés vers la réalité actuelle dont la fonction est de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par celle-ci. Si mécanismes de défense et coping ne peuvent être assimilés, Chabrol & Callahan (2004) soulignent néanmoins leur convergence.

Ils sont, en effet, deux facettes des potentialités adaptatives du sujet face aux difficultés imposées par la réalité (interne/externe), leur rigidité peut devenir pathologique. Leur activation est souvent conjointe, complémentaire. Ainsi, selon ces auteurs, la compréhension globale des ressources et des faiblesses des sujets passe par l'appréhension de ces deux pôles.

Le concept de coping prend aussi et surtout ses racines dans le **modèle transactionnel du stress** de Lazarus & Folkman (1984). L'approche cognitive a permis d'affirmer le rôle des facteurs psychologiques, individuels dans la réaction au stress, qui n'est alors plus considéré comme une réponse indifférenciée face aux stimuli aversifs de l'environnement (Selye, 1956). L'appréhension subjective de la situation stressante a au moins autant d'impact que les faits eux-mêmes (« **stress perçu** »). Ici, le stress est défini comme une « *une transaction spécifique entre la personne et l'environnement qui est évalué par la personne comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être* » (Lazarus & Folkman, 1984 ; traduit par Spitz, 2002). Le stress est donc un processus dynamique incluant le stimulus stressueur, les réponses engendrées et surtout l'interaction dynamique entre le sujet et l'environnement.

Selon ce modèle, le stressueur est soumis à des **médiateurs** (Lazarus & Faulkman, 1984) ou à des « **filtres** » (Paulhan & Bourgeois, 1998), qui ont pour fonction de modifier l'impact de la situation stressante (amplification ou diminution). Le stress n'est plus étudié à travers les réactions au stressueur mais selon la façon dont il est géré. L'interrelation entre l'environnement et le sujet est donc modulée par deux types de processus :

- L'**évaluation cognitive** correspond à un jugement subjectif par lequel le sujet apprécie l'impact de la situation sur son bien-être et ses ressources pour y faire face.

Elle est subdivisée en deux processus simultanés (évaluation primaire et secondaire) qui convergent pour définir le **potentiel stressant de la situation**.

L'**évaluation primaire** offre une signification subjective à l'agent stressant (« **stress perçu** » par jugement ou attribution de valeur). Elle appréhende l'enjeu de la situation stressante : perte (affective, corporelle...), menace (perte potentielle) ou défi (challenge, gain). La nature de cette estimation contribue à la qualité et/ou l'intensité de l'émotion associée (une perception de perte engendrera des émotions plutôt négatives).

L'**évaluation secondaire** interroge les ressources accessibles. Le sujet examine les moyens dont il dispose (**contrôle perçu**, **soutien social perçu**) pour pallier la perte, remédier à la menace ou tirer bénéfice du défi. Cette évaluation va orienter le choix du coping.

- Le **coping** qui correspond aux réponses mises en place pour faire face à la situation.

4.2.3(b) Le coping

A l'issue des évaluations primaires et secondaires, si la situation est perçue comme stressante et que les ressources immédiates sont dépassées, le sujet va chercher à lutter contre les différents troubles (psychologiques, physiologiques et/ou comportementaux) induits par le stress et ce, grâce au coping. « *Les stratégies de coping apparaissent donc essentiellement comme des manières efficaces de gérer le déséquilibre ou les perturbations occasionnés par (...) une situation stressante, et ceci en développant des moyens cognitifs et émotionnels qui sont de nature à en contrôler ou diminuer les effets négatifs* » (Fischer & Tarquinio, 2002). Le coping est donc à la fois cognition, émotion et comportement... Cependant, le coping n'est pas toujours efficace et peut, au contraire, accroître l'impact de la situation (stress chronique).

Selon les approches théoriques, il existe différentes catégorisations du coping. La diversité des stratégies décrites dépend de la définition du coping et de la multiplicité des situations considérées. A l'origine, pour Lazarus & Folkman (1984), le coping a deux fonctions principales, selon qu'il soit orienté vers l'événement (modifier voire résoudre le problème à l'origine du stress) ou vers les réponses émotionnelles, internes du sujet (réguler les émotions associées à la situation stressante), ou les deux.

Cette dichotomie aboutit à une structure à deux dimensions :

- **Le coping centré sur le problème**

Il « *vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face* » (Bruchon-Schweitzer, 2002). Il comprend des stratégies de planification, de résolution de problème, d'affrontement de la situation...

- **Le coping centré sur l'émotion**

« *Il vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation* » (Bruchon-Schweitzer, 2002). Cette régulation peut être cognitive, émotionnelle et/ou comportementale.

Les méta-analyses réalisées par la suite aboutissent généralement à ces deux facteurs. Cependant, la **recherche de soutien social** apparaît parfois comme troisième facteur général. Bruchon-Schweitzer (2002) souligne que ce coping ne doit pas être confondu avec le réseau social et implique « *des efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui* ». Or, Parker & Endler (1992) considèrent cette dimension plutôt comme une ressource. De la même manière, l'**évitement** est quelquefois mentionné comme troisième méta-stratégie (Endler & Parker, 1990), lorsqu'il n'est pas intégré au coping centré sur l'émotion (d'ailleurs parfois appelé « évitement »). Il correspond aux tentatives cognitives, émotionnelles ou comportementales pour échapper à la situation stressante ou ignorer le stress.

Suls & Fletcher (1985) distinguent le « **coping évitant** » (stratégie « passive » consistant à détourner l'attention de la source de stress afin de réduire la tension émotionnelle ; fuite, distraction...) et le « **coping vigilant** » (stratégie « active » où l'attention est focalisée sur la source de stress, afin d'affronter la situation grâce à des efforts cognitifs et comportementaux, modifier les termes de la relation personne/environnement, voire de résoudre le problème ; planification, recherche de soutien social...).

Holahan & al. (1996) soulignent la limite de la catégorisation dichotomique « problème/émotion », en tant que les stratégies, selon leur orientation, pourraient en réalité remplir les deux fonctions. Ainsi, les coping « **d'approche** » (accroissement de la compréhension et/ou du contrôle de la situation, amélioration des ressources personnelles...) et « **d'évitement** » sont divisés en fonction des méthodes **cognitives** (pensées qui atténuent l'intensité perçue du stress et améliore l'état émotionnel ; analyse logique, réinterprétation positive... vs processus mentaux permettant de prendre de la distance avec la réalité ; autodérision, oubli...) ou **comportementales** (actions mises en place pour mettre fin à la situation stressante ; planification, recherche d'information... vs actions permettant d'éviter le stresser ; consommation de substances...) utilisées.

Bruchon-Schweitzer (2002) insiste sur les convergences possibles entre ces différentes conceptions. Coping centré sur le problème, vigilant, actif ou d'approche ; et coping centré sur l'émotion, évitant ou passif tendraient à être équivalents. Or, Paulhan & Bourgeois (1998) jugent cette assimilation abusive : le coping centré sur les émotions peut contribuer à une restructuration cognitive, ce qui est impossible avec le coping passif...

Pour notre part, nous adopterons la distinction « coping centré sur le problème » et « centré sur l'émotion » et, dans la lignée de Endler & Parker (1990), nous réserverons une place à part à l'évitement.

Le « choix » du coping (ainsi que les évaluations primaire et secondaire) est en parallèle modulé par deux types de déterminants :

- **Les déterminants dispositionnels ou personnels :**

Ce sont les ressources et/ou les failles propres au sujet : caractéristiques biologiques, dimensions cognitives (attribution causale, LOC, motivation, croyances...), conatives (endurance, consistance temporelle...), traits de personnalité... Les déterminants personnels influencent d'autant plus la perception de la situation que celle-ci est nouvelle ou équivoque.

- **Les déterminants environnementaux ou situationnels :**

Ce sont les variables contextuelles : les caractéristiques de la situation (nature du stressor, durée, contrôlabilité...) ; et les ressources sociales (nombre de lien, type de relation...). Ces facteurs ont notamment un impact sur l'évaluation des capacités de contrôle du sujet face à la situation, dimension déterminante dans le choix du coping.

Ces considérations nous amènent à interroger le caractère **dispositionnel ou situationnel** du coping. A l'origine, Lazarus & Folkman (1984) ont insisté sur le caractère dynamique du coping, **variable selon la situation**. Pour ces auteurs, l'idée d'un coping stable (manière habituelle de faire face aux situations) serait contreproductive. Dans leur modèle, une stratégie de coping est définie comme « *spécifique de la réaction à la variable stressante, elle aussi spécifique et variable dans le temps et d'un sujet à l'autre (...) les individus utilisent différentes réponses en fonction du type de situation rencontrée* » (Dupain, 1998).

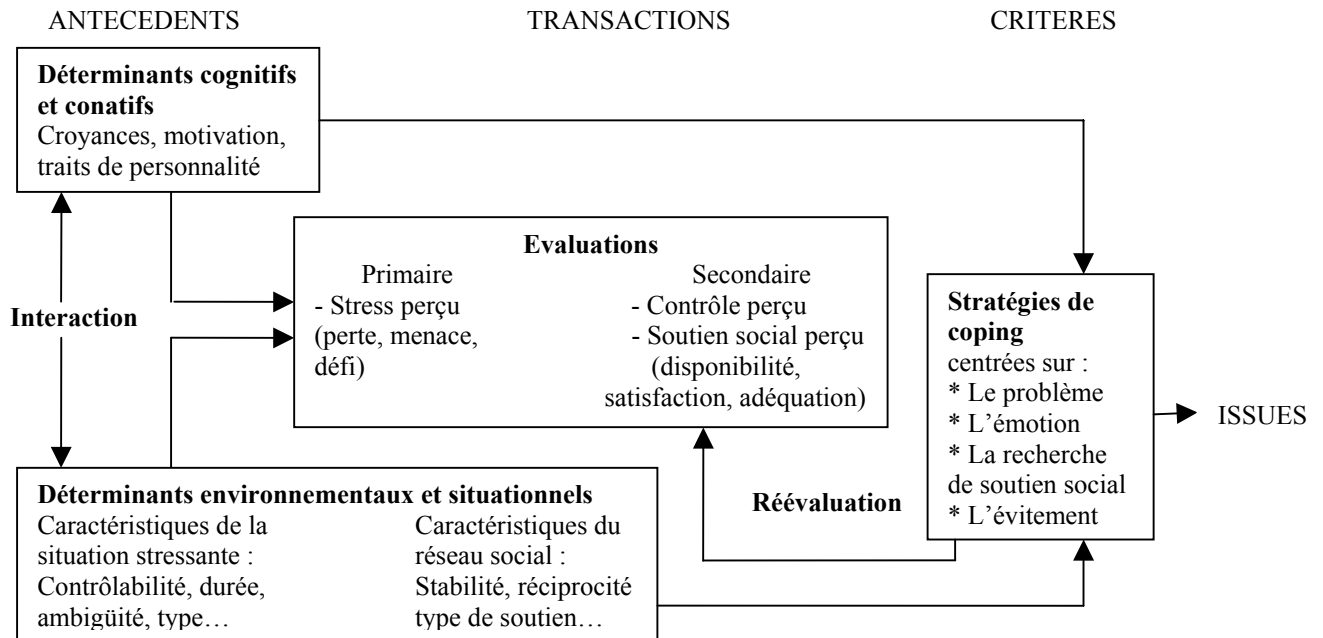
A l'opposé, Billings & Moos (1981) ont défendu l'idée d'un coping déterminé par les caractéristiques stables du sujet. Paulhan & Bourgeois (1998) avancent que le coping centré sur le problème serait lié à des attributions internes. En effet, attribuer une situation négative à soi-même accroît le sentiment de responsabilité personnelle, ce qui renforce la motivation à initier des réponses instrumentales. Or, cette croyance peut avoir un impact négatif (culpabilité...) et ce, en fonction de la personnalité. Il existerait donc des « **styles** » de coping que les sujets utiliseraient quelle que soit la situation. Ces éléments expliqueraient la **stabilité temporelle du coping** (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Ces positions antagonistes comportent toutes deux des limites. Bruchon-Schweitzer (2002) souligne que le modèle transactionnel est trop général. Il sous-estime le poids des facteurs sociaux, individuels... bref, la possibilité d'une stabilité du coping. L'autre position n'envisage pas la complexité et la diversité des situations, situant le coping parmi les traits de personnalité. Or, l'évaluation des traits de personnalité est un faible prédicteur des stratégies de coping (Paulhan & Bourgeois, 1998).

Une approche intermédiaire (Chabrol & Callahan, 2003) est possible : le coping serait à la fois déterminé par des facteurs individuels (fonctionnement cognitif, personnalité...) et situationnels. Le sujet met en place des stratégies de coping en fonction de la situation, qui s'unissent en un « style de coping » dans le cas d'une même utilisation face à plusieurs événements similaires ou non. Ainsi, c'est surtout face aux situations inattendues que le sujet va recourir à des stratégies qu'il n'aurait pas envisagées.

Le schéma ci-dessous résume les transactions entre l'environnement et le sujet face à une situation stressante, qui aboutissent à une réponse de coping :

Figure 4 : Les stratégies de coping : aspects processuels et déterminants (in Bruchon-Schweitzer, 2001)



Ces éléments nous conduisent à nous interroger sur l'efficacité du coping.

Il n'existe pas de coping efficace en soi. Son but univoque est de permettre « au sujet confronté à l'adversité de tenter de transformer la situation et/ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable » (Bruchon-Schweitzer, 2002) ; il peut donc réussir ou échouer dans cette tentative. Un coping est adéquat si le sujet parvient à maîtriser, réduire ou annihiler l'impact d'une situation stressante sur son bien être physique ou psychologique (Lazarus & Folkman, 1984). Rappelons avec Paulhan & Bourgeois, (1998) que « les critères de l'efficacité du coping doivent être appréciés de manière multidimensionnelle ». Ainsi, l'efficacité d'un coping dépend des caractéristiques de la situation (contrôlabilité...), des conséquences (fonctionnelles ou non) de cet ajustement (bien-être, fonctionnement social...), et surtout de l'évaluation du sujet. « Ce processus de réévaluation est un élément déterminant de l'efficacité du coping. » (Paulhan & Bourgeois, 1998)

L'intuition voudrait que les **coping centrés sur le problème** soient les **plus efficaces**. Cette assertion est vraie pour les **situations « contrôlables »** ou perçues comme telles, c'est-à-dire lorsqu'un effort du sujet peut aboutir au changement (Lazarus & Folkman, 1984). Dans ce cas, ces stratégies sont associées à une faible détresse ultérieure alors que celles centrées sur l'émotion conduisent à un accroissement de cette tension (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Face à un **événement incontrôlable**, les tentatives du sujet pour maîtriser la situation s'avèrent inutiles et épuisantes. Dans ce sens, un **coping centré sur l'émotion** voire **évitant** peut se révéler plus adéquat, car il protège « *l'estime de soi et permet de ne pas être submergé par la détresse* » (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ces deux types de stratégies sont d'ailleurs **plus fonctionnels à court terme**. **A long terme**, ils risquent de devenir **dysfonctionnels** dans la mesure où ils enferment le sujet dans la gestion de ses émotions sans « s'attaquer » à la situation. **A moyen et long terme**, les **coping centrés sur le problème** deviennent **plus efficaces** en tant qu'ils réduisent ou éliminent l'impact du stresser. Ce type d'ajustement serait d'ailleurs corrélé négativement avec l'anxiété et la dépression (Bruchon-Schweitzer, 2002). Enfin, une stratégie peut contribuer à soulager la détresse émotionnelle tout en étant néfaste par ailleurs (utilisation de substances). Bien qu'indépendants, coping centré sur le problème et sur l'émotion peuvent interagir afin d'optimiser la gestion de la situation : contrôler le stresser facilite la régulation des émotions et vice versa. Ainsi, c'est la **variété** et la **flexibilité** du panel de stratégies disponibles qui fondent l'efficacité du coping (Suls & Fletcher, 1985 ; Bruchon-Schweitzer, 2002...).

4.2.3(c) Evaluation du coping et implications thérapeutiques

Il existe plus d'une vingtaine d'échelles permettant d'approcher les stratégies de coping, générales ou spécifiques, adaptées à l'âge du sujet... Le coping est habituellement appréhendé par des **échelles d'autoévaluation**.

Lazarus & Folkman (1984) ont construit le **WCC (Ways of Coping Checklist)**, révisé par Vitaliano & al. (1985 ; WCCR) traduit et validé en français par Cousson & al. (1996). L'analyse factorielle de la version révisée a mis en évidence trois stratégies générales :

- **Coping centré sur le problème** (planification, action pour modifier la situation...).
- **Coping centré sur les émotions** (mise à distance, autoaccusation, fuite...).

Ces deux catégories comprennent la dichotomie d'origine.

- **Recherche de soutien social** (soutien informatif, matériel, émotionnel...).

Cette échelle interroge le « **coping état** » ou **situationnel**, c'est-à-dire la manière de réagir à une situation stressante spécifique, choisie par le sujet.

En 1990, Endler & Parker ont développé un modèle d'interaction entre anxiété, stress et coping, aboutissant au **CISS (Coping Inventory for Stressful Situation**, traduction et validation française par Rolland, 1998).

Cette échelle appréhende le « **coping trait** » ou **dispositionnel**, c'est-à-dire la manière de faire face aux situations stressantes en général. Il possède une structure en trois facteurs :

- **Coping orienté vers la tâche**, centré sur les actions visant la résolution de problème (restructuration cognitive, modification de la situation...).
- **Coping orienté vers l'émotion**, centré vers le « moi » pour tenter de réduire le stress.
- **Coping orienté vers l'évitement** : comprend les activités de modifications cognitives visant à éviter la situation stressante (distraction... orienté vers la tâche) et la diversion sociale (orienté vers la personne).

Enfin, nous développerons davantage les dimensions incluses par Carver (1997) dans le **Brief Cope** (traduction et validation française de Muller & Spitz, 2003), dans la mesure où nous utiliserons cet inventaire dans notre recherche. Notons que le Brief Cope peut être proposé dans un **format situationnel** (« coping trait ») ou **dispositionnel** (« coping état »). Le coping est envisagé de manière multidimensionnelle, selon 14 types de stratégies :

- **Coping actif** : le sujet essaie de minimiser ou de supprimer une situation stressante.
- **Planification** : organisation d'un plan d'action pour faire face au problème
- **Recherche de soutien instrumental** : recherche de conseil ou d'information.
- **Acceptation** (s'oppose au déni) : en acceptant la réalité de la situation, le sujet serait plus à même de s'engager dans l'action.

Ces dimensions s'apparenteraient au **coping centré sur le problème**.

- **Recherche de soutien social** : recherche de soutien, de sympathie ou compréhension.
- **Expression des sentiments** : centration sur la détresse émotionnelle. Fonctionnel à court terme, s'il perdure, il peut entraver la mise en place de coping plus actif.
- **Blâme** : autoreproches liés à la culpabilité et à un moindre ajustement émotionnel.
- **Réinterprétation positive** : gestion de la détresse, mais peut initier l'action.
- **Religion** : cette composante est plus confuse... elle induirait une forme de soutien ?

Ces stratégies renverraient au **coping centré sur l'émotion**. Compte tenu de sa définition, la recherche de soutien social semble pouvoir s'insérer dans cette dimension générale.

- **Humour** : mise à distance de la situation par la dérision (évitement émotionnel).
- **Déni** : refus de croire au stresser (évitement cognitif et émotionnel).
- **Désengagement comportemental** : réduction des efforts du sujet pour faire face, abandon de toute tentative pour atteindre des buts (évitement comportemental).
- **Distraction** : à l'égard des pensées liées au problème (évitement cognitif).
- **Consommation de substances** : évitement émotionnel et comportemental.

Ces dernières stratégies se référeraient à **l'évitement** dans sa triple composante : cognitive, émotionnelle, comportementale.

Pour conclure, rappelons avec Lazarus & Folkman (1984) que le coping peut affecter la santé de trois manières : il peut influencer la fréquence, l'intensité et la durée des réactions au stress (défaut de coping centré sur le problème...); le coping centré sur l'émotion peut gêner la mise en place de stratégies plus fonctionnelles (non observance thérapeutique); enfin, la consommation de substance, en tant que coping peut être nocive pour la santé.

Ainsi, les liens entre coping et psychopathologie sont étroits et complexes. Le coping peut aider à l'adaptation mais aussi conduire à une pathologie (l'alcoolisation en tant que coping peut conduire à l'alcoolodépendance...). « *L'incapacité à faire face amènera le sujet dans un cercle vicieux où le coping induit une mauvaise adaptation, qui induit à son tour des stratégies encore moins adaptées et ainsi de suite* » (Chabrol & Callahan, 2004).

Les stratégies de coping restent donc une voie à privilégier dans toute intervention thérapeutique, en cherchant à « *renforcer autant que possible les stratégies d'ajustement fonctionnelles et à réduire les stratégies nocives* » (Bruchon-Schweitzer, 2002). Deux orientations sont alors possibles, idéalement de manière combinée :

- **Optimiser le recours au coping centré sur le problème**, c'est-à-dire améliorer la capacité du sujet à s'autogérer. Ces programmes d'autogestion ont pour but de donner un rôle actif au sujet dans l'appréhension de la situation.
- **Optimiser le coping centré sur l'émotion** en stimulant l'acceptation... afin de réduire l'impact psychologique et social du stress (relaxation, restructuration cognitive...)

L'exploration du concept de coping nous conduit à nous intéresser aux liens entre ces stratégies et la problématique alcoolique.

4.2.3(d) Alcoolodépendance et coping

Nous constatons que dans le Brief Cope (Carver, 1997), la consommation de substance, dont l'alcool, figure comme une dimension de coping à part entière.

Marlatt & al. (1988) ont montré que « *pour les sujets incapables de trouver une solution satisfaisante ou acceptable aux situations stressantes, boire pouvait devenir un coping dominant* ». Planche & Planche (1992) décrivent l'alcool comme un véritable médicament du stress. Cerclé (1998) considère l'**alcoolisation** comme un **coping**, certes inadéquat, face aux stressors de la vie moderne. En effet, l'alcool permettrait au sujet d'être moins inhibé sur le plan comportemental, et moins tendu dans les situations conflictuelles. Enfin, selon Hufford (2001), l'anxiété et/ou la dépression pourraient conduire les sujets à trouver dans l'alcool une stratégie attractive pour lutter contre ces émotions.

L'alcoolisation peut donc être comprise comme une fuite (évitement) mais aussi, comme une tentative de diminuer l'impact négatif d'états internes déplaisants (pôle émotion).

Ces éléments pourraient conduire à juger l'évaluation du coping spécifiques aux sujets alcoolodépendants, caduque. Cependant, si nous envisageons l'alcoolisme comme un facteur de personnalité (à l'image de la dépression...) ou comme une maladie particulière (à l'instar du diabète...) alors l'étude de coping particuliers à cette population devient possible. Ainsi, les personnes alcooliques utiliseraient des stratégies de coping spécifiques pour faire face aux situations stressantes ; coping incluant l'alcoolisation mais pas seulement...

Certaines études se sont orientées vers la **valeur prédictive des stratégies de coping sur la consommation d'alcool**.

Laurent & al. (1992) ont montré que le **coping « évitant »** (associé à des attentes positives vis-à-vis de l'alcool) pouvait prédire les alcoolisations chez les adolescents. Moussas & al. (2005) abondent dans ce sens, le **coping d'évitement** est associé à un **haut niveau de consommation** ; alors que le coping actif, centré sur la résolution de problème, induit à une moindre consommation et moins de problèmes liés à l'usage d'alcool. Ainsi, selon Hasking & Oei (2007), les stratégies de coping sont des prédicteurs importants concernant la fréquence et quantité d'alcool consommé. Ces auteurs ont mis en avant le rôle des **coping centrés sur l'émotion** (combinés aux attentes négatives envers l'alcool) comme facteur de protection. En effet, ces stratégies tendraient à augmenter le **sentiment d'auto-efficacité quant à la capacité de refuser de boire** (« *drinking refusal self-efficacy* »).

D'autres recherches ont interrogé la **spécificité des coping** du sujet alcoolique. Quel que soit l'outil d'évaluation, les sujets alcoolodépendants auraient plutôt recours à des **stratégies inadéquates** (Cooper & al., 1992 ; Durand, 1995 ; Michels & al., 1999 ; Varescon & al., 2005...). Plus précisément, Cooper & al. (1992) mettent en avant le **coping évitant** en association avec des attentes positives envers l'alcool. Durand (1995) insiste sur l'importance du **coping centré sur l'émotion**, d'autant qu'aucune différence n'a été relevée au niveau du coping actif. Ce résultat irait à l'encontre des données recueillies par Hasking & Oei (2007).

L'étude de Varescon & al. (2005) converge vers les résultats précédents. Les auteurs ont avancé que l'installation de la dépendance serait favorisée par des événements fragilisants, face auxquels les sujets ne parviennent pas à mettre en place des stratégies adéquates. Le coping a été appréhendé grâce au **WCC** et au **CISS**. Au **WCC**, le coping centré sur l'**émotion** est dominant. Ce même type est retrouvé au **CISS**, auquel s'adjoignent l'**évitement** et la **distraktion**. Le coping centré sur l'émotion est donc central chez la personne alcoolique, que ce soit pour faire face à un événement particulier ou au stress en général.

Cependant, le coping **centré sur le problème** apparaît. Varescon & al. (2005) l'interprètent comme un effet de la démarche volontaire des sujets dans la demande de soin ; car selon ces auteurs, « *l'état d'alcoolisation en dehors de toute forme d'aide ne permet pas au sujet une prise d'initiative active* ». Sans rejeter cette possibilité, nous nous demandons si le sujet alcoolique ne ressent pas la « désirabilité » du coping centré sur le problème...

Certains auteurs se sont intéressés plus spécifiquement aux coping utilisés par les hommes et les femmes alcooliques (Conte & al., 1991 ; Michels & al. (1999) ; Paparrigopoulos & al., 2007...). Si l'évitement reste prédominant, les femmes alcooliques présentent davantage de difficultés et un niveau de fonctionnement plus pauvre que les femmes non alcooliques et que les hommes alcooliques. Les femmes alcooliques évaluent plus négativement leur capacité de faire face, notamment en ce qui concerne la régulation des émotions. Cette croyance affaiblirait leur estime de soi. Paparrigopoulos & al. (2007) distinguent à partir de l'AECOM-CSQ (« **Albert Einstein College of Medicine Coping Styles Questionary** » de Plutchik & Conte, 1989), trois coping spécifiques aux femmes : le **blâme** (rendre les autres et/ou le système responsables de ses problèmes), **renversement** (agir à l'opposé de ce qui était prévu) et la **distraction**. Bien que ces données soient intéressantes, soulignons qu'il nous sera impossible de réaliser une telle comparaison homme/femme.

Moussas & al. (2005) ont comparé, à partir de l'AECOM-CSQ, les coping utilisés par les sujets de type I et type II selon la typologie de Cloninger (1988, **cf. p. 20**). Certaines stratégies sont communes (constantes de l'alcoolodépendance ?) : **minimisation** (scores bas) ; **renversement** ; **demande d'aide** (scores bas, alors que les sujets sont rencontrés dans une unité de soin ; ce résultat renverrait aux difficultés des sujets à exprimer leurs besoins) ; le **blâme** (en accusant les autres... les sujets se positionneraient comme victimes).

En revanche, d'autres apparaissent plus spécifiques. En effet, les sujets de type II obtiennent :

- Un **score plus élevé pour le coping « évitement »**.

Les auteurs avancent que la tendance à l'évitement est liée au **déni**, qui caractérise davantage ce groupe. L'accumulation des problèmes personnels et familiaux ainsi que l'isolement social qui accompagne cette forme chronique de l'alcoolisme, expliqueraient le recours à ce coping qui, de manière rétroactive, contribuerait à maintenir voire à accroître leur difficulté.

- Un **score moins élevé** aux coping « **remplacement** » et « **recherche d'information** »

Les sujets de type II seraient moins préoccupés par le problème, et présenteraient des difficultés à agir, à rechercher des solutions. En conséquence, les sujets éviteraient... les activités requérant une implication psychologique de la pensée et des comportements moins impulsifs et ce, en raison du besoin impérieux de boire.

- **Un score moins élevé pour le coping distraction :**

Lié aux précédents, les sujets de type II ne parviennent pas à « substituer » l'anxiété dans des activités permettant une meilleure tolérance de la frustration et un gain de satisfaction.

Les auteurs concluent que la prise en compte de ces divergences est fondamentale afin d'organiser des programmes thérapeutiques spécifiques, selon le type d'alcoolodépendance.

En effet, le coping est l'une des dimensions sur lesquelles travaillent les thérapies cognitivo-comportementales. Certaines études ont montré que le **choix des stratégies de coping** était **déterminant dans le maintien de l'abstinence**, et donc dans la **prévention des rechutes**. Litman & al. (1984) ont observé qu'un **répertoire flexible** de coping, associé à une **conduite active**, était corrélé avec l'abstinence. Moussas & al. (2005) rapportent que, d'une manière générale, les sujets qui parviennent à rester **abstinents**, sont ceux qui utilisent plutôt des **coping actifs** (comportemental et/ou cognitif). A l'inverse, les **rechutants** auraient recours à l'**évitement** des situations stressantes.

Ces données soulignent l'importance, au niveau thérapeutique, de **l'apprentissage des compétences de coping**. Ces techniques se présentent sous la forme d'instructions didactiques de modelage, ayant pour but de modifier ou d'élargir le choix des stratégies de coping des sujets alcooliques pour faire face au stress.

En ce qui concerne l'étude du coping, nous comparerons, dans un premier temps, les stratégies utilisées par les sujets alcooliques aux normes de référence. Dans un second temps, nous observerons les coping développés par les sujets alcooliques chroniques et intermittents. Nous avons vu, grâce à Moussas & al. (2005), que cette approche pouvait se révéler judicieuse. D'autant que, d'après les correspondances que nous avons établies entre les différentes typologies (**cf. tableau récapitulatif, p.25**), le type I renverrait à l'alcoolisme intermittent et le type II à l'alcoolisme chronique. Ces données devraient nous permettre d'isoler des stratégies communes aux deux groupes (propres de la problématique alcoolique), et celles spécifiques aux conduites de consommation.

Dans cette partie, nous avons souligné l'importance des facteurs situationnels. En ce sens, la prise en compte des événements de vie, dans la mesure où ils peuvent être sources de stress, apparaît pertinente, permettant en outre de croiser les registres objectif et subjectif.

4.2.4. Alcool et événements de vie :

*« Profondes joies du vin, qui ne vous a connu ?
Quiconque a eu un remord à apaiser, un souvenir à évoquer,
une douleur à noyer, un château en Espagne à bâtir,
tous enfin vous ont invoqué »*
Charles Baudelaire (1851) « Du vin et du hachish »
(in « Les paradis artificiels », 1960)

Un **événement de vie** se définit comme « *toute expérience de la vie qui exige une adaptation ou entraîne un changement important ; c'est, en d'autres mots, une discontinuité, une rupture un peu brutale dans le fil de la vie quotidienne* » (Tousignant, 1992).

Dès le début du siècle, Jaspers (1913) avait fait l'hypothèse d'un lien de causalité entre les stimuli issus de l'environnement et la maladie. L'idée est que « *certaines événements (...), conjugués avec une vulnérabilité particulière vis-à-vis de certaines pathologies, pourraient induire des modifications de l'état de santé* » (Bruchon-Schweitzer, 2002). Cet axiome s'applique aux affections somatiques et aux troubles psychiques.

En psychopathologie, la notion d'événement n'est pas épistémologiquement neutre, elle implique une conception où prédomine une logique de la causalité. A cet égard, nous pouvons opposer une **conception objective**, objectivante (épidémiologique, behavioriste, biomédicale...) à une **approche plus subjective** (phénoménologique, psychanalytique, biopsychosociale...). Dans la première, l'événement est considéré en extériorité, dans une relation de causalité linéaire de type stimulus/réponse. L'événement est identifié à un **fait**, « désaffectivé », un facteur de risque (Selye, 1956 ; Holmes & Rahe, 1967...). Le sujet réagit de manière non spécifique à l'événement, c'est-à-dire par une réponse unique visant à rétablir l'homéostasie, quelle que soit la nature de l'agent stressant. Cette approche n'a pas résisté aux avancées de son propre domaine (physiologie, neuro-endocrinologie...). Ainsi, les sujets ne réagissent pas de manière identique face à une situation aversive (Stephoe, 1991).

La seconde conception se propose d'**inclure le sujet** dans la définition et la construction de l'événement. Si l'événement se situe en « extériorité », il n'a pas d'existence propre, il acquiert son statut en **fonction du sens** qui lui est donné. Loin de subir passivement les événements, le sujet **les provoque et les utilise** comme instrument de son adaptation. Ces courants **écartent donc tout déterminisme linéaire**. En **psychanalyse**, c'est « **l'après coup** » qui fonde l'événement (Freud, 1909, 1918...). Le sujet remanie sans cesse son passé ou plutôt les éléments qui n'ont pu être élaborés dans un cadre significatif (trauma). Cette reconstruction confère à l'événement un sens, un pouvoir bénéfique ou pathologique.

La **phénoménologie** a suggéré un **modèle transactionnel**, où le sujet compense les événements qu'il subit par ceux qu'il produit (Prestini-Christophe, 2006). Du point de vue de la pathologie, elle n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique. Ainsi, dans cette approche, les événements relatés sont mis en relation en fonction des liens effectués par le sujet, ils sont **subjectivés**.

Enfin, le modèle biopsychosocial met en avant le rôle joué par certains médiateurs (cognitifs et/ou comportementaux), modulant l'impact de l'événement : états émotionnels, stress perçu, contrôlabilité, coping... (Bruchon-Schweitzer, 2002). Une situation « lambda » devient donc un « événement de vie » lorsqu'elle s'inscrit dans une **biographie**, à la **frontière des dimensions objectives et subjectives** qui la structurent...

La relation entre événements et développement d'une pathologie s'insère dans une approche contextuelle complexe, pertinente tant au niveau de la compréhension du trouble qu'au niveau thérapeutique. « *Les événements de vie jouent un rôle important dans le déclenchement, la résolution ou l'entretien de perturbations du fonctionnement psychique* » (Chahraoui, 1999). Si les événements contribuent à l'étiologie des pathologies, par quels processus contaminent-ils la vie mentale ? Tousignant (1992) souligne que « *les événements de vie doivent s'accompagner d'agents catalyseurs pour devenir d'efficaces déclencheurs* ». Freud insiste sur l'aspect traumatique de certains événements, comme effraction dans le système défensif : « *les hystériques souffrent de réminiscences* » (Freud, 1909).

Du point de vue cognitif, un événement peut atteindre l'estime de soi en faisant prendre conscience au sujet de ses limites. Tousignant (1992) invoque l'*indésirabilité* de l'événement, en tant qu'il est porteur d'un changement non souhaité. L'absence de contrôle sur la situation peut également mettre à mal « l'immunité psychique ». Le principal facteur déclenchant et prédisposant reste donc la **vulnérabilité** sous toutes ses formes (physiologique, cognitive, émotionnelle et/ou psychique). La vulnérabilité correspond à l'état d'une personne majorant les risques de pathologie en présence d'un agent déclencheur, comme un événement de vie.

A l'inverse, les événements peuvent être l'occasion de nouveaux départs, et donc avoir des répercussions positives. Ainsi, ce n'est pas tant le nombre, ni la nature des événements vécus qui priment, mais l'**impact cognitif, affectif**... de ceux-ci sur le sujet et ses failles... Il n'existe donc pas de relation singulière entre événements et troubles psychiques, même si certains auteurs (à propos de la dépression, par exemple, voir Brown & Harris, 1989) ont tenté de les ériger comme déterminants d'une affection particulière. Nous voyons se dessiner une **interaction circulaire** où une vulnérabilité répond à un événement accroissant à son tour les fragilités, et ainsi de suite... jusqu'à l'éclosion ou non d'une pathologie.

Les événements de vie sont, en général, appréhendés à travers des listes.

La première approche, élaborée par Holmes & Rahe (1967), consistait à attribuer aux événements un coefficient standard, en termes de retentissement affectif. Cette méthode « objective » de listes précodées, standardisées a rapidement montré ses limites. L'intérêt s'est donc peu à peu porté vers une **autoévaluation rétrospective**, où il est demandé au sujet de noter l'**impact événementiel** sur une échelle de type Lickert, variable selon les outils (Amiel-Lebigre « Questionnaire d'événements », 1985...). Cependant, cette technique, incluant la **subjectivité** du sujet, n'est pas dénuée de biais tels que la désirabilité sociale, les mécanismes de défense et la réorganisation des souvenirs et des représentations dans le temps...

Le mode d'évaluation le plus abouti introduit, dans l'analyse événementielle, l'**impact** et le **contexte d'apparition** de l'événement. La **LEDS (Life Events and Difficulties Schedule)**, mise au point par Brown & Harris (1978, traduction française par Gorwood & Rouillon, 1994), se présente sous la forme d'un guide d'entretien qui explore événements et difficultés de vie dans douze domaines (santé, travail...) sur une année (celle qui précède l'écllosion du trouble). Les auteurs considèrent, en effet, que ce sont les événements récents qui ont un impact sur la santé. L'influence de l'événement est alors considérée en fonction de nombreux critères (humeur, soutien social, conséquences, contrôle de la situation...). Ainsi, cette approche qualitative observe plus finement les relations qui s'opèrent entre les événements, et comment ceux-ci apparaissent à la conscience du sujet.

Tatossian (1985) souligne que les stressseurs, potentiels agents déclencheurs, peuvent être des **événements indépendants** (événement extérieur au sujet, sans lien avec sa conduite) ou **dépendants** (événement provoqué par le comportement). Les événements indépendants sont soit **aigus, sporadiques** (événements de vie), soit **récurrents** (tracas quotidiens). Les **tracas quotidiens** se définissent comme de légers stressseurs de la vie de tous les jours (retards...). Selon Tousignant (1992), « *ils ont au moins autant d'importance pour la santé mentale des individus que des événements isolés, leur accumulation finit par peser davantage sur la balance que des coups durs dont l'impact sera peu à peu résorbé par le temps* ». Bruchon-Schweitzer (2002) abonde dans ce sens, les événements majeurs produisent des réactions intenses mais temporaires, les stressseurs chroniques fragiliseraient davantage. C'est donc l'accumulation des tracas quotidiens qui serait à l'origine de trouble à long terme.

Enfin, cette auteure attire notre attention sur la qualité discutable des études utilisant comme seul outil les listes d'événements de vie ; elles tendraient à majorer leur rôle étiologique sur la santé. Or, « *les événements ne sont pas (...) des facteurs de risque directs sur le développement d'une pathologie. Leur rôle est sans doute indirect et complexe* ».

Concernant l'alcoolodépendance, nous attirons, en premier lieu, l'attention sur la question de la **rencontre initiatique** avec l'alcool, comme événement singulier. L'initiation à l'alcool, de plus en plus précoce, se produit dans des contextes divers (éducation familiale, influence des pairs...). L'âge moyen est estimé à quatorze ans, la première ivresse survenant environ deux ans plus tard (OFDT, 2002). Si la rencontre initiatique ne conduit pas nécessairement à la dépendance, la quantité, la fréquence et la précocité des alcoolisations (notamment de la première ivresse) sont des facteurs prédictifs d'un mésusage ultérieur. L'attirance de l'adolescent pour les « paradis artificiels » est reconnue. Sans entrer dans des détails qui nous éloigneraient de notre propos, soulignons le parallèle entre les enjeux de l'addiction et les problématiques traversées par l'adolescent dans sa construction (Wawrzyniak, 1998 ; Grégory, 2001 ; Huerre & al., 2007...).

Jellinek (1960) note que la personne « future alcoolique » goûte le premier verre d'une manière particulière. Le sujet serait assailli d'un besoin émotionnel intense, incontrôlable, et découvrirait dans l'alcool le moyen d'assainir ses tensions. Fouquet (1951 ; 1971) avance qu'à partir de la rencontre avec l'alcool, le sujet alcoolique modifie toute la trame de son existence. Archambault (1984) abonde en ce sens, « *l'alcoolisme est tout, sauf un accident, et atteint l'être dans toute son épaisseur* ». Guiter (2004) parle d'une rencontre « *entre un malheur et un produit* ». Suite à cette expérience princeps, la vie du sujet sera orientée autour et par l'alcool, cet autre lui-même... La rencontre initiatique est donc un événement déterminant, profondément « engrammé » dans la biographie du sujet alcoolique, en tant que synthèse entre l'individu en souffrance (effective ou masquée) et sa « solution ». « *L'alcool n'est plus un objet extérieur, il devient le meilleur de sa substance* » (Archambault, 1984).

Cependant, si la résonance émotionnelle et affective de la rencontre initiatique avec l'alcool constitue un facteur de risque important, qu'en est-il plus précisément des événements de vie qui précèdent et/ou succèdent l'authentique dépendance à l'alcool ?

Plus que l'impact quantitatif, ce sont les manières de percevoir et d'interpréter les événements qui favorisent ou non les alcoolisations. Ce constat renforce la pertinence du modèle cognitif en termes de schémas développé par Beck & al. (1993) : le sens donné à une situation est le produit de l'interaction entre l'événement et les schémas du sujet (croyances, attentes...) ; interprétation qui viendra, à son tour, enrichir les schémas préexistants. Gorwood (2004) note que les **événements négatifs** ont un retentissement plus fort chez les sujets alcooliques.

Il est donc reconnu que les **événements stressants augmentent le risque de consommation**. Il est classique de constater une **surcharge événementielle**, à l'impact sévère, précédant l'entrée dans la dépendance.

Ce débordement serait, à son tour, **suivi par un excès d'événements** de vie en lien avec les alcoolisations (Amiel-Lebigre & Reichman, 1987 ; O'Doherty, 1991 ; Varescon & al, 2005...). Or, Gorwood (2004) souligne que « *l'entrée de la maladie n'est pas de manière formelle en relation avec un excès d'événements indépendant de la consommation d'alcool* ». Ainsi, l'alcoolodépendance n'est pas toujours précédée d'une surcharge d'événements sévères et indépendants (Tatossian, 1983 ; Gorman & Peters, 1990).

Par ailleurs, l'étude menée par Tatossian & al. (1983) nous offre une répartition temporelle des événements de vie vécus par les sujets alcooliques. Les auteurs se sont intéressés au poids des événements s'échelonnant sur onze années : cinq ans avant l'intoxication, l'année de l'alcoolisation, et cinq ans après. L'analyse chronologique des événements de vie révèle :

- **Stabilité du nombre d'événements dans les cinq années précédant l'intoxication**, contraire à l'idée selon laquelle l'alcoolisation serait la décompensation suite à une surcharge événementielle cumulative provoquant un épuisement adaptatif.
- **Accroissement du nombre d'événements pendant l'année d'alcoolisation**. Certains sujets ont connu un « pic événementiel », laissant entrevoir une alcoolodépendance réactionnelle où les événements jouent le rôle de facteur déclencheur.
- **Décroissance progressive du nombre d'événements** les cinq années suivantes, mais demeurant supérieur aux années précédant l'intoxication.

En dépit de l'absence de groupe témoin, la différence entre le nombre d'événements de vie avant et après l'intoxication est en faveur d'un effet de l'alcoolisme, qui reste à déterminer.

Amiel-Lebigre & Reichman (1987) ont comparé la quantité et l'impact des événements de vie des sujets alcooliques et d'un groupe contrôle sur trois périodes : six mois, un an et deux ans avant l'entretien. Les sujets alcooliques rapportent **plus d'événements** de vie, ayant un **impact plus négatif**, et ce pour les trois temps considérés. Ces événements sont davantage porteurs de **désirabilité négative**, impliquant souvent la **responsabilité** du sujet. Les auteurs avancent que ces événements seraient « *des effets de l'affectivité et du comportement des alcooliques* », c'est-à-dire des conséquences des alcoolisations, ce qui n'exclut pas le rôle déclencheur de certains (notamment au niveau des rechutes). Cette étude souligne l'intérêt de distinguer les événements causes et conséquences des alcoolisations.

O'Doherty (1991) a comparé plusieurs groupes de sujets « addicts » (dont alcooliques) à un groupe contrôle avec l'idée d'un usage du toxique en réponse au stress. Les résultats montrent un **excès d'événements de vie** chez les sujets alcooliques, dépendants de leur consommation. En revanche, ces sujets auraient vécu moins d'événements stressants non liés à leur pratique. La conduite addictive aurait tellement envahi leur existence que peu d'événements adviennent en dehors de la conduite.

L'auteur insiste sur la **rigidité** de ce système : la consommation permet de minimiser à court terme les effets du stress induit par les événements ; puis ce mésusage conduit à l'apparition d'événements négatifs en lien avec l'intoxication, qui vont aboutir à de nouveaux abus. Attribuer la cause du stress au toxique permettrait aux sujets de mieux tolérer la charge affective liée aux événements, et donc de s'en protéger. L'acte de boire est ici considéré comme un « **amortisseur** » de stress (« *stress buffers* ») ; même si, à long terme, cette consommation, en accroissant l'occurrence des événements, produit de nouvelles tensions propices à maintenir la conduite ; elle finirait donc par accroître le stress.

Ces résultats, bien que pertinents, posent la question de la validité de la méthode transversale dans l'étude des liens entre événements de vie et problématique alcoolique. Chahraoui (1999) souligne que « *la plupart des études sur les événements de vie sont rétrospectives et de ce point de vue elles comportent des biais méthodologiques liés au rappel des événements* ». Tousignant & O'Harris (2001) abondent dans ce sens en soulignant que dans ces travaux il demeure difficile de dater précisément la survenue de la conduite, de même que le poids des événements dans l'installation de la dépendance et/ou dans la demande de soin. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Les **études longitudinales** (Tousignant & O'Harris, 2001), palliant ces difficultés, ont montré que le recours à l'alcool n'apparaît pas comme une solution immédiate aux événements. Au contraire, la conduite s'instaurerait des mois, voire des années plus tard... La conduite reste-t-elle ignorée, feinte dans ce laps de temps ? D'autant que l'alcoolisation est rarement motivée par un événement déclencheur, elle s'insère plutôt dans une **constellation événementielle** menant le sujet dans une impasse et donc à la « solution alcool »... Dans ce sens, les études portant uniquement sur l'année précédant l'intoxication (à partir de la LEDES, par exemple), sont elles aussi limitées...

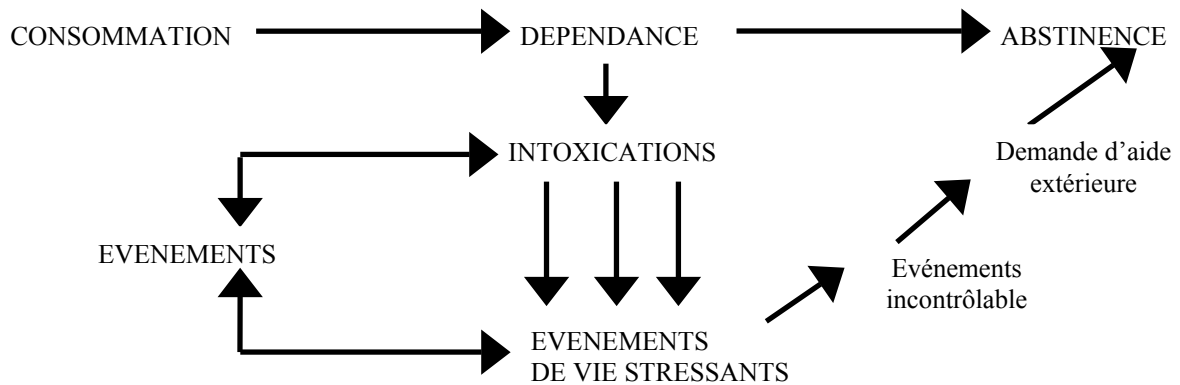
Après avoir rappelé l'influence des événements stressants dans l'installation de l'alcoolodépendance et l'impact des alcoolisations sur la production d'événements de vie, intéressons-nous à la **nature** des événements de vie rapportés par les sujets alcooliques.

Les recherches transversales et longitudinales rapportent une **multiplicité des pertes** (deuil, ruptures principalement amoureuses...) et des **conflits** (familiaux, professionnels...) **précédant et suivant les alcoolisations** (Tatossian & al., 1983 ; Amiel-Lebigre & Reichman, 1987 ; Tousignant & O'Harris, 2001 ; Varescon & al., 2005...). Tatossian & al. (1983) notent que les problèmes familiaux ont un rôle partiel dans la détermination des alcoolisations, « *ils interviennent en imposant au sujet un effort d'adaptation dont il ne peut faire les frais, trouvant alors dans l'alcoolisation un refuge et une "solution" provisoire* ».

Amiel-Lebigre & Reichman (1987) relèvent neuf événements spécifiques : chômage, perte d'objet ayant une valeur personnelle, violation de loi, problèmes liés aux substances, diminution de la vie sociale, maladie (avec hospitalisation ou arrêt de travail), troubles sexuels, dispute avec le conjoint. Varescon & al. (2005) soulignent que « *les problématiques de perte (...) sont prédominantes et semblent avoir le plus fragilisé les sujets qui les ont vécues comme traumatisantes de part l'impact émotionnel qu'elles suscitent* ». Par ailleurs, ces auteurs relèvent une disparité entre **événement interne** (propre au comportement du sujet) et **externe** (touchant un proche). Tousignant & O'Harris (2001) concluent que « *l'éventail de la nature des événements est très étendu et comprend en majorité des situations de ruptures de contact ou liées aux rapports amoureux* ». Plus précisément, Tatossian & al. (1983) ont montré que les **femmes alcooliques** évoquent plus d'événements de vie que les hommes, notamment dans le domaine de la santé. Chez les **hommes**, c'est la sphère du travail qui est au premier plan. Selon Nadeau (1989 ; 1990), l'alcoolodépendance féminine serait le résultat d'une interaction entre facteurs de vulnérabilité et événements majeurs récents (difficultés conjugales, sexuelles...), comme pour la dépression. Face à ces événements, l'alcoolisation équivaut à une tentative d'anesthésier la souffrance, un moyen d'augmenter (artificiellement) la maîtrise de la situation et une manifestation passive mais presque sécurisante de communiquer son insatisfaction.

Du point de vue **thérapeutique**, si les événements de vie « prédisent » l'alcoolodépendance, ils peuvent jouer un rôle dans la dynamique de soin et le pronostic de l'abstinence. D'ailleurs, c'est parfois l'excès d'événements ou un événement occasionnant un « nouveau départ » qui finit par motiver la prise de décision, voire conduisent à une « guérison spontanée » (Tousignant & O'Harris, 2001 ; Goorwood, 2004). Pfeiffer & al. (1991) ont montré que le sentiment de « perte de contrôle » sur la vie quotidienne était source de demande de soin. Gorwood (2004) a comparé des sujets alcooliques hospitalisés demandeurs et non demandeurs de sevrage, afin d'explorer (à partir de la LEDS), les événements de vie qui amènent les sujets à se faire soigner. L'auteur n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes selon le type d'alcoolisme, le statut familial et économique. Or, la quantité et la qualité des événements de vie vécus dans l'année précédant l'hospitalisation différencie les deux groupes. Les sujets demandant un sevrage rapportent davantage d'événements sévères et indépendants des alcoolisations (perte d'un proche chez un tiers des demandeurs). Le nombre d'événements augmente au fur et à mesure que l'on s'approche de l'accès aux soins. Cette constellation événementielle a amené Gorwood (2004) à proposer un modèle expliquant la relation entre événements et accès aux soins :

Figure 5 : Modalité de gestion des événements de vie stressants du sujets alcoolo-dépendants, modélisant la différence des événements dépendants ou indépendants dans la maturation d'une demande de prise en charge de son alcoolodépendance



Gorwood (2004) avance que les liens entre événements de vie et alcoolodépendance peuvent se formaliser sous la forme d'un « **cercle vicieux** » qui enferme le sujet alcoolique. La consommation d'alcool induit de nombreux événements de vie ayant un impact négatif, que le sujet tente de gérer par ses alcoolisations, à l'origine de nouveaux événements stressants. Or, les événements indépendants ne peuvent être gérés par cette stratégie fragile et inopérante. Ils viennent donc affaiblir les stratégies de gestion du stress des sujets, en les confrontant à leur caractère inadéquat. Gorwood (2004) conçoit donc « *les événements sévères et indépendants comme générateurs d'un stress qui ne peut être contrôlé et qui entraînerait ainsi une demande d'aide et de soins chez l'alcoolique* ».

Par ailleurs, selon Canton & al. (1988), les événements de vie permettraient de prédire les rechutes des personnes alcooliques sevrées, du fait de leur action désinhibitrice sur le contrôle de l'abstinence. L'événement engendrerait des perturbations psychologiques (anxiété, dépression...) que l'alcool aurait pour tâche d'étouffer... Cependant, Tousignant & O'Harris (2001) invitent à la prudence ; c'est plutôt l'aspect fonctionnel ou non des stratégies mises en place pour faire face aux événements, qui serait déterminant. Il paraît néanmoins important de relever, dans l'histoire du sujet, les périodes de surconsommation ou de rémission afin de repérer les événements qui ont conduit à une augmentation ou une diminution des alcoolisations.

Ces considérations ont conduit à élaborer une approche thérapeutique originale et pertinente dans la prise en charge de la personne alcoolique : l'**approche biographique** ou l'**histoire de vie**. Dès 1951, Fouquet avait remarqué, qu'en début de cure, les sujets manifestaient le désir de se raconter, désir qui s'altérait par la suite... Ainsi, il leur proposait de rédiger un **récit de vie**, comme support nourrissant le dialogue avec ses patients.

Or, cette pratique est restée longtemps oubliée et c'est grâce à Legrand (1993, 1997) et Niewiadomski (1993, 2000) que l'histoire de vie a été réintroduite dans la clinique de l'alcoolisme. Le sujet est invité à raconter et/ou écrire les événements marquants de sa vie afin d'effectuer un travail d'analyse sur ces énoncés : élaboration d'un projet personnel, quête de sens, « *retour sur soi pour préparer l'avenir* » (Niewiadomski, 1993). Cependant, Legrand (1993, 1997) nous met en garde : les événements relatés ne sont jamais rapportés de manière objective et détachée ; « *le récit de vie n'est pas l'histoire mais une construction de celle-ci* ». Néanmoins, l'histoire de vie va permettre au sujet de se réappropriier son histoire, reconstruire les liens chronologiques et surtout donner un/du sens à sa biographie... bref, « *d'acquérir son historicité* ». « *Leur alcoolisme s'éclaire d'être restitué aux drames de leur histoire, drames social, professionnel, familial, conjugal...* » (Legrand, 1997). Niewiadomski (2000) abonde en ce sens, il s'agit d'« *avoir prise sur la temporalité en articulant passé, présent, futur ; capacité de passer du statut d'objet déterminé par "l'histoire" à celui de sujet produisant la sienne* ». Travail actif de réflexion et de (re)construction face à l'apsychognosie, la perte de la temporalité et les troubles dans le processus d'individuation, dont souffrent les personnes alcooliques. Cette approche a conduit Legrand (1997) à postuler que si la biographie des buveurs invétérés (alcooliques chroniques) est ponctuée de stress constants et de drames familiaux dans lequel l'alcool joue un rôle déterminant, ces sujets éprouvent des difficultés à rattacher ces éléments à leur histoire de vie. En revanche, l'alcoolisme de compensation (alcoolisme intermittent) serait un « *phénomène biographique* », l'histoire de vie, en lien avec les alcoolisations, serait décrite avec emphase, pleine de drames, de tragédies...

Ces arguments nous conduisent à étudier les événements de vie selon plusieurs axes. Il s'agira de relever le nombre d'événements rapporté par les sujets alcooliques chroniques et intermittents, indissociable de l'impact émotionnel induit par ceux-ci. Nous nous intéresserons également à la chronologie de ces événements : les sujets sont-ils ou non capables de dater précisément les événements vécus, de les intégrer dans une véritable biographie ? Enfin, nous tenterons de découvrir les liens que les sujets établissent entre les événements vécus et leurs alcoolisations (causes ou conséquences ?).

Enfin, nous avons vu dans cette partie que « *les événements font le lien entre des facteurs liés à l'environnement et une vulnérabilité* » (Aubin, 2006). L'événement crée un déséquilibre qui va éveiller des failles préexistantes. Ce sont maintenant les fragilités internes, psychiques du sujet alcoolique que nous allons explorer à travers l'approche ontogénétique et structurale de l'alcoolisme, avant d'aborder cette problématique à la lumière des projectifs.

5. L'ORIENTATION PSYCHODYNAMIQUE

*« Manger est un besoin de l'estomac,
Boire est un besoin de l'âme »*
Claude Tillier (1843) « Mon oncle Benjamin »

L'orientation psychodynamique se réfère ici aux théories psychanalytiques explicatives de l'alcoolisme. L'alcoolodépendance a longtemps constitué une zone obscure de la théorie psychanalytique. Cette conduite peut, en effet, représenter une entrave à l'investigation psychanalytique, dans la mesure où ces sujets agissent plus qu'ils ne parlent. D'ailleurs, aucun écrit de Freud ne s'adresse directement à cette pathologie...

Dans un premier temps, nous envisagerons la perspective ontogénétique de l'alcoolisme. Nous explorerons les premiers jalons posés par Freud et ses successeurs, ainsi que les auteurs de la lignée lacanienne. Par ailleurs, même s'ils s'insèrent dans le cadre plus large des addictions, les travaux autour des phénomènes transitionnels, des concepts d'agir et d'incorporation apportent un éclairage pertinent sur la problématique alcoolique. Les propositions de Mijolla & Shentoub (1973) illustrent, en revanche, la première authentique analyse psychanalytique de l'alcoolisme, et enfin, à la suite de ces travaux, nous considérerons les avancées de Monjauze (1991-2001). Le point commun entre ces différentes approches, est l'hypothèse d'une faille précoce à l'origine de l'alcoolodépendance...

Dans un second temps, nous aborderons l'alcoolodépendance dans une perspective structurale : l'alcoolisme relève-t-il d'une organisation particulière de la personnalité ? Nous examinerons les hypothèses en faveur des organisations névrotique, psychotique, et limite.

Enfin, nous éclairerons la problématique alcoolique à la lumière des tests projectifs. Nous observerons ce que nous apprennent ces outils quant à l'organisation de la personnalité des sujets alcooliques (image du corps, d'objet...) et, de leur fonctionnement.

5.1. La perspective ontogénétique.

*« L'alcoolique est un errant
qui cherche dans les vignes du seigneur son paradis perdu »*
André Pronovost (1975) « Les Marins d'eau douce »

Au fil des avancées théoriques et selon la sensibilité des auteurs, l'alcoolisme a tour à tour pris racine dans les avatars de l'oralité ou plus généralement de la sexualité infantile, dans la faillite du stade du miroir ou encore dans l'échec de l'ère transitionnelle... Ces différentes interprétations ont en commun l'idée d'une faille précoce, primaire, au sein de laquelle s'origine l'alcoolodépendance. Nous y reviendrons...

5.1.1. Freud et ses successeurs :

Aucun des écrits de Freud ne fut consacré directement à l'alcoolisme, ou plus généralement aux conduites addictives ; de sorte que la problématique de dépendance reste, selon Descombey (2004), « *un point aveugle de la théorie freudienne* ». Faut-il voir dans cette absence, un inachevé de l'autoanalyse de Freud ? laissant planer une ombre autour de ses propres appétences, la cocaïne d'abord et puis, et surtout, tout au long de sa vie, le tabac... Quoi qu'il en soit, plusieurs éléments apparaissent en filigrane tout au long de son œuvre.

En 1890, Freud définit l'alcoolisme comme une « **habitude morbide** », à la frontière des désordres de l'imagination et des maladies organiques, pouvant être levée grâce à l'hypnose. Aux côtés de la dépendance à la morphine et des déviances sexuelles, nous noterons ici le rapprochement avec le champ des perversions qui a longtemps fait débat.

Dans une lettre adressée à Fliess (1897), les premières découvertes concernant la vie sexuelle infantile et l'étiologie des névroses, amènent Freud à considérer le besoin d'alcool comme un **substitut de la satisfaction de la pulsion sexuelle**. En d'autres termes, l'acte de boire représente un succédané de cette satisfaction, un **équivalent masturbatoire**. En effet, l'apparition de la masturbation enracinerait dans le psychisme l'une des premières addictions : « *la masturbation [est] la seule grande habitude, "le besoin primitif", et que tous les appétits, tel que le besoin d'alcool, de morphine, de tabac, n'en sont que les substitutifs, les produits de remplacement* ». L'alcoolisme serait alors lié au maintien d'une sexualité archaïque, plus auto-érotique que génitale. C'est même, pour Freud, un compromis entre ces deux types de sexualité : l'onanisme solitaire se voit « perversi » dans la mesure où la masturbation est ainsi socialisée. Ainsi, l'alcoolisation occupe une fonction « économique », dans le sens où elle est un moyen assuré et plus aisé que l'acte sexuel d'obtenir du plaisir. Par ce rapprochement, Freud met en valeur le **caractère névrotique de l'accoutumance** (1898).

En 1905, Freud situe les racines profondes de l'alcoolisme dans une **fixation orale de la libido**. La succion, en s'étayant sur une base biologique, devient peu à peu auto-érotique, son activité étant déterminée par une zone érogène : la bouche. « *Tous les enfants ne suçotent pas (...) si cette sensibilité érogène persiste, l'enfant sera plus tard un amateur de baisers, recherchera les baisers pervers, et, devenu homme, il sera prédisposé à être buveur* ».

Ici « prédisposition » ne signifie ni hérédité, ni destin inéluctable, il s'agit simplement d'un facteur possible, donc non exclusif. L'**érotisme oral** devient donc le tenant électif de cette sexualité archaïque sans détour par l'objet ; fondamentalement régressif se référant à un stade précoce de la libido, où le Moi demeure non unifié et, par là même, non investi comme tel.

Le rôle économique de l'alcool sera à nouveau mentionné en 1905. Comme le mot d'esprit, l'alcool **épargne les efforts d'inhibition et/ou de répression de la pensée** (et, dans ce cas, des actes...). Il autorise alors un gain de plaisir, plaisir de penser librement au-delà des contraintes de la critique ou de la logique. « *La critique, qui a refoulé le plaisir du non-sens, est devenue à ce point impérieuse que, sans appoint toxique, elle ne peut se relâcher* ».

L'alcool **diminue** donc les **dépenses énergétiques du refoulement**. Notons, que Freud fait ici plutôt référence aux ivresses ponctuelles. Dans le cas de la dépendance à l'alcool, cet « avantage » aurait tendance à s'estomper au fur et à mesure de l'intoxication.

Ces idées seront reprises en 1911, « *l'alcool lève les inhibitions et détruit la sublimation* ». En effet, Freud avait remarqué que les hommes futurs alcooliques commencent souvent à boire « à cause » des femmes. Ainsi, face aux déceptions, « *il revient au cabaret et à la compagnie des hommes qui lui procurent alors la satisfaction sentimentale lui ayant fait défaut, à domicile, auprès d'une femme* ».

Nous trouvons ici l'hypothèse d'une **homosexualité latente** développée par Abraham (1908), et déjà amorcée dans une lettre à Fliess. Freud (1895) avait rapproché la paranoïa et le délire de jalousie alcoolique, émanant tous deux du fantasme de désir homosexuel chez l'homme, et fonctionnant selon un mécanisme projectif : « *l'alcoolique ne s'avoue jamais que la boisson l'a rendu impuissant (...) il rejette cette notion intolérable. C'est la femme qui est responsable, d'où le délire de jalousie* ».

Ainsi, c'est une véritable quête amoureuse qui est entreprise, avec en arrière-plan, la recherche du paradis perdu (« Tout » de la vie intra-utérine). Freud (1912) compare la relation de l'alcoolique à sa boisson à celle de l'amoureux à son objet ; ce lien peut être qualifié de sexuel. L'amoureux cherche à atteindre l'objet originaire du désir à travers l'investissement d'objets substitutifs, qui finalement ne sont jamais pleinement satisfaisants pour combler cette perte primordiale. Au contraire, le sujet alcoolique ne vit pas/plus cette chaîne d'infinis recommencements, il semble avoir trouvé un objet à valeur de tout, occultant tous les autres possibles : l'alcool. Grâce au plaisir toujours disponible qu'il induit, l'alcool masque la disparition de l'objet originaire, et peut s'interpréter comme **négation du deuil et évitement de toute perte**. La « *viscosité libidinale* » (impossible détachement à un objet) décrit cet attachement, « *l'accoutumance resserre toujours davantage le lien entre l'homme et la sorte de vin qu'il boit* » (Freud, 1912). La relation à l'alcool peut se concevoir comme une union a-conflictuelle, au sein de laquelle le bonheur (fusionnel) retrouvé est digne du paradis perdu. Ainsi, la relation idéale, idéalisée à l'alcool résout tous les problèmes d'amour, en fixant la libido à cette **relation duelle** exclusive... cette **harmonie pure**, chère à la parole alcoolique.

En 1915, Freud rappelle la fonction de l'alcool comme « *suppression toxiquement réalisée, des dépenses en refoulement* ». Elle libère le sujet des objets dont il souffre et rend possible de nouveaux investissements, dans la mesure où l'énergie déployée à l'affliction redevient disponible. L'usage d'alcool s'apparente à une **défense maniaque** ; mais, à la différence de la manie, qui autorise l'errance d'objets substitutifs en objets substitutifs, la personne alcoolique s'accroche à un seul objet : l'alcool.

Dans « *l'Avenir d'une illusion* » (1927a), Freud avance que l'alcoolisation **répond au principe de plaisir** en permettant une insensibilisation à la souffrance, alors remplacée par la « sensation-alcool » plus agréable. L'ivresse serait un moyen offert à la vie psychique pour se soustraire de la contrainte de la douleur, « *peut-être celui qui ne souffre d'aucune névrose n'a-t-il pas besoin d'ivresse pour étourdir celle-ci* ». La même année dans un essai sur l'humour (1927b), il souligne que « *l'ivresse est un procédé pour échapper à la souffrance, pour substituer le principe de plaisir au principe de réalité* ».

Ces idées seront complétées en 1929, bien que l'homme n'aspire qu'à la satisfaction, au **bonheur**, il rencontre plus d'occasions de souffrir que de plaisir (à cause de la soumission au principe de réalité). « *Telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde, elle nous inflige trop de peines, de déception, de tâches insolubles. Pour la supprimer nous ne pouvons pas nous passer de sédatifs (...) des stupéfiants qui nous y rendent insensibles.* ». Face à cette réalité, l'homme va chercher à se soustraire de la souffrance, suivant une logique de moindre coût au niveau économique. Deux solutions s'offrent à lui : l'évitement et/ou le toxique. Ce dernier permet de modifier les sensations douloureuses ressenties dans le corps, soit en l'annihilant, soit en la transformant en impression agréable. Le toxique aurait donc une fonction, d'**insensibilisation**, et de gain de **satisfaction** par évitement du déplaisir.

Les écrits de Freud ont donc introduit différentes notions : la régression vers l'oralité, les liens à la sexualité, le rôle économique et défensif de l'alcoolisation qui peut s'interpréter comme une tentative d'automédication... Les racines de l'alcoolisme seraient à rechercher dans les premiers stades de la vie psychique. En effet, selon Freud, la notion de « *Hilflosigkeit* » (désaide, état de détresse extrême du nouveau-né), instaure le caractère fondamentalement dépendant de la condition humaine. Face à cette situation « précaire », combinée aux exigences de la réalité, l'alcool laisse miroiter un espoir de salut... « *à l'aide du briseur de soucis, l'on peut, à chaque instant, se soustraire au fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité* » (1929).

Parmi les successeurs de Freud, les hypothèses liées à l'oralité, à l'homosexualité latente, et au rôle économique de l'alcool seront centrales.

Abraham (1908) généralisera l'homosexualité à l'ensemble de la **sexualité alcoolique**. Il observe une régression de la libido génitale, à travers la dominance des pulsions partielles qui concourent à la levée des interdits, et plus particulièrement de l'inceste. Abraham (1908) confirme les avancées de Freud, l'alcool lève les inhibitions et détruit les formations réactionnelles acquises lors de l'accès à la génitalité. Or, au fur et à mesure de l'intoxication, la suppression des effets du refoulement n'est pas transitoire mais **chronique**.

Selon cet auteur, l'alcoolisme reste un **phénomène typiquement masculin**, en tant que l'alcool accroît le sentiment de puissance et flatte le complexe de virilité. Enfin, Abraham (1908) a souligné la **composante psychique** de la dépendance à l'alcool « *les influences extérieures (...) le poids de l'hérédité ne fournissent pas à eux seuls une explication de l'alcoolisme. Un moment individuel s'y ajoute* ».

Selon Ferenczi (1911a), les fantasmes homosexuels seraient provoqués par la destruction des sublimations induite par l'alcool. Ainsi, à de faibles doses, l'alcool favorise la sublimation alors que des rencontres répétées conduisent à « *l'érotisme homosexuel mal déguisé plutôt que la sublimation* ». Certains sujets, par crainte de voir leurs pulsions libérées, refuseraient de succomber à la boisson, et seraient donc protégés de l'appétence à l'alcool.

Ferenczi (1911b) réaffirme la dimension psychologique de l'alcoolisme, entendue comme une **tentative inconsciente auto-thérapeutique**, « *d'autoguérisson par le poison* ». L'alcoolisme n'est donc pas la cause du noyau pathogène de la personnalité, mais la conséquence.

Si Tausk (1915) mentionne également une vie hétérosexuelle perturbée (impuissance, jouissance physique sans apaisement psychique...) du fait d'une libido orale, il révèle la **dimension spéculaire** de l'homosexualité alcoolique, **en deçà de la référence à l'Œdipe**. Ainsi, l'alcool renforce et favorise le **narcissisme**, entendu comme **recherche du même**, d'un double, source de valorisation, de fortification. Face à la levée des inhibitions permises par l'alcool, l'homosexualité est soit sublimée à travers la fréquentation des bars, soit elle conduit au délire. C'est seulement donc en rêve ou en délire qu'elle est réalisable.

A partir de 1926, Rado va regrouper les toxicomanies sous le terme de « **pharmacothymie** », maladie provoquée artificiellement pour des raisons psychiques. Ce n'est donc pas le toxique qui est à l'origine de la dépendance, mais l'**impulsion** à s'en servir. Rado (1926) introduit le concept d'« **orgasme pharmacogénique** » pour décrire l'état d'élation à la base du besoin de consommer. Cette notion n'est pas sans rappeler l'« *orgasme alimentaire* » évoquée à propos du bien-être ressenti par le nourrisson suivant la tétée. Ainsi, la prédisposition aux toxicomanies est à rechercher dans les avatars de l'**érotisme oral**. C'est donc un état primitif, en deçà de la satisfaction génitale, qui est atteint grâce au toxique.

Ponctuel, il réalise un ersatz d'organisation sexuelle qui, auto-érotique, est calqué sur le modèle de l'onanisme infantile. Le plaisir génital est remplacé par l'effet du produit, qui devient le but sexuel, « *comme du ciel, arrive l'effet plaisir pharmacogénique ou plutôt, (...) il ne vient pas du ciel mais qu'il est provoqué par le Moi lui-même* ».

Rado (1933) rejoint Freud (1920-1926) en considérant la drogue comme un **palliatif à la douleur** et un moyen de produire du plaisir. Ainsi, la souffrance initiale sensibilise le sujet à l'« *effet plaisir pharmacogénique* » qui, selon l'auteur, sera proportionnel au besoin de soulagement. Comme ce plaisir est auto-généré voire « magique » (« pharmaco » signifie à la fois drogue et substance magique), il restitue au sujet sa toute puissance narcissique originelle (invulnérabilité, immortalité...). Or, ce soulagement n'est que temporaire. En retour l'angoisse s'accroît avec la résurgence du sentiment de culpabilité (lié au déni de la réalité). Une **dynamique cyclique** est alors amorcée, le sujet passe du régime de la réalité au « **régime pharmacothymique** » : « *le Moi maintient désormais son auto-estime au moyen d'une technique artificielle. Mais l'euphorie devient de plus en plus incertaine, moins pour d'obscures raisons de tolérance somatique que du fait de la peur ressentie par le malade de voir sa drogue devenir inefficace* ».

Les racines de la dépendance se situent donc dans le **narcissisme**, et plus particulièrement dans sa **polarité masochiste**. De plus, ces avancées nous permettent de comprendre la difficulté à renoncer au produit. En effet, pour Rado (1933), trois options s'offrent au sujet « *la fuite dans un intervalle libre (cure de sevrage), le suicide ou la psychose* ».

Les conceptions de Simmel (1929) se rapprochent des hypothèses de Rado (1933), à travers le concept d'« **orgasme alimentaire** », qui signe une régression profonde de la libido à la phase de l'évolution instinctivo-affective (succion). Or, cette réalisation du désir de fusion extatique paraît s'opposer à l'autoconservation, en tant qu'elle induit une désintrication pulsionnelle où le retour « stupéfiant » de l'état prénatal s'apparente à la mort. C'est l'idée d'un **narcissisme mortifère** où le corps remplace l'appareil psychique mis en défaut.

Simmel (1929) est aussi l'auteur de la célèbre formule « *le surmoi alcoolique est soluble dans l'alcool* ». De même, la désintégration du Moi serait une conséquence de l'alcoolisation.

Simmel (1929) relie la dégénéralisation du plaisir alcoolique aux interdits masturbatoires venus interrompre la jouissance.

L'auteur décrit une **relation insecure** à la mère, entraînant une véritable haine de la figure maternelle, refoulée et remplacée par l'impulsion à la dévorer pour la détruire. L'alcoolisation pourrait donc s'interpréter comme une défense contre la dépression, par **incorporation**, nous y reviendrons.

Enfin, Knight (1937) situe l'origine de l'alcoolisme dans les avatars de **la relation à une mère surprotectrice**, qui ne peut s'empêcher de satisfaire son enfant. Cette mère comblante est vouée à devenir décevante dans ses moments d'absences. La figure paternelle semble, par ailleurs, absente, si ce n'est par l'intermédiaire de la mère. Cette situation expliquerait la recherche de satisfactions orales passives substitutives. Ainsi, boire serait une tentative pour retrouver le sein, tout en affirmant des revendications viriles. L'alcool possède alors un pouvoir de **restauration narcissique**. Or, à l'image de la frustration maternelle, le sujet finit par être trahi par l'alcool, bien que la croyance en sa toute puissance perdure. Le sujet se trouve alors emprisonné dans une spirale infernale « *de nouveau l'excessive exigence, vouée à la frustration, se manifeste, et le cercle se referme* ».

Nous pouvons retenir des conceptualisations de Freud et de ses contemporains, la primauté de l'oralité qui sera vivement critiquée par la suite, la fixation de la libido aux stades précoces du développement (narcissisme) et la description d'une sexualité pré-génitale, principalement en termes d'homosexualité latente. Par ailleurs, il est reconnu par tous les auteurs que l'alcool lève les inhibitions, et par là même acquiert une fonction auto-thérapeutique salvatrice. Abordons dès lors ce que nous apprennent les auteurs appartenant à lignée lacanienne...

5.1.2. Les disciples de Lacan ; une faillite du stade du miroir.

Ces auteurs reconnaissent l'origine primitive de l'alcoolodépendance, au sein de laquelle la figure maternelle joue un rôle majeur (Clavreul, 1959 ; Melman, 1972-1976 ; Perrier, 1975 ; Lasselin, 1979...), bien que le père ne soit pas « indifférent » à ces « carences de la filiation » (Richard, 1989 ; Nougé, 2004...).

Clavreul (1959) situe les racines de la problématique alcoolique dans une extrême archaïté. Il parle de « **narcissisme fœtal** » pour décrire le narcissisme primaire mal constitué de ces sujets, que l'alcool tenterait vainement de colmater. Le psychisme de l'alcoolique demeure sous l'emprise d'une menace de défaite, de décomposition. C'est pourquoi, le sujet vivrait une « *angoisse d'anéantissement dans cette image de corps morcelé dans laquelle il se perd* ». Son monde interne est le lieu d'un combat entre deux narcissismes, où « *l'homme n'apparaît pas* ». Dans l'ivresse, le sujet se sent plein, enflé de toute puissance et se confond avec son **Moi Idéal**, sobre, il rejoint son **Idéal du Moi**, parfait époux, parfait travailleur... L'oscillation entre Moi Idéal et Idéal du Moi figure une relation en miroir où le Moi pâtit d'une double identification à ces instances, d'un narcissisme manichéen.

Ici, l'alcoolisation exprime une tentative d'unification de ces images spéculaires. Lorsque par mégarde le sujet « perd la face », la **dénégation** intervient, afin d'annuler la perte de l'image spéculaire, signant « *le diagnostic d'une personnalité pathologiquement incapable de mentir* ». Cependant, le plus souvent, l'alternance du discours alcoolisé et abstiné cherche à « *combler le trou dans le signifiant* » par une pseudo symbolisation aboutissant au non sens. En ce sens, l'alcool joue le rôle d'**organisateur précaire**.

L'idée d'une vacillation entre ces deux pôles narcissiques a été complétée par Melman (1972-1976), dans l'alternance entre soumission dépressive et exaltation transitoire, ce rythme binaire dépassant la succession ivresse/sobriété. Lasselin (1979) avance l'échec de l'articulation Moi Idéal/Idéal du Moi. « *Oscillation entre un Tout fusionnel, absolu, grandiose et le Rien massif, vide, mortifère* » (Richard, 1989), l'espace intermédiaire reste inexploré puisque vide de médiateur, « de père » qui n'a pu ou voulu assurer ce rôle. Ainsi, selon Faoro-Kreit (1998), l'alcoolisation serait une tentative de restauration narcissique, « *de la toute puissance héroïque et invulnérable* ». L'alcoolique chercherait à se fondre dans l'image du divin, sans manque, mais aussi sans désir puisque totalement comblé.

L'identification aux instances idéales peut être expliquée comme une **faillite du stade du Miroir** (Lasselin, 1979 ; Pelicier, 1984 ; Richard, 1989 ; Nougé, 2004...).

Lasselin (1979) décrit la problématique alcoolique comme « *en deçà du stade du miroir* ». Un regard maternel distrait n'aurait pas permis la reconnaissance jubilatoire de l'image du corps unifiée et la rencontre avec une identification signifiante. L'image spéculaire demeure mouvante. « *Le Miroir fondateur serait-il une surface liquide réfléchissante ?* », un « **miroir liquide** » sans cesse troublé (par la castration, l'altérité...)? L'auteur définit une **image préspéculaire** où le corps « *est dénué de représentations signifiantes* », superposition de zones corporelles non symbolisées et de « trous » restés hors du langage. Corps hors limites de l'alcoolique, où Moi et non-Moi coexistent, intérieur et extérieur se confondent...

Ainsi, en tant qu'acte répétitif, l'alcoolisation réaliserait un ersatz d'accès au symbolique. Le langage alcoolique se situe, selon Lasselin (1979), hors de la logique du signifiant. Il s'agirait plutôt d'un **infralangage** par « *corps-respondance* », langage de corps à corps, visant à lier ces zones corporelles restées hors du symbolique. Le discours collectif, véritable colonne vertébrale, soutient le sujet privé d'une parole fondatrice, dans un système de références fixes. Les autres représentent donc un « réservoir d'images » autorisant des formes identificatoires stables, autant de repères dans lesquels délimiter ce corps vacillant menacé de glissement. Le sujet guette le regard de l'autre pour y prendre forme, « *miroirs auxiliaires* », « *des alcooliques, ces frères, il fait des miroirs vivants qui le refont* ».

Ici, l'homosexualité s'interprète comme une **homosexualité spéculaire**, quête d'un double auquel se conformer. Melman (1972-1976) abonde dans ce sens, l'altérité n'existe pas et laisse place à « *une réduplication en miroir opérant à l'infini* ». Le sujet se (re)construit à partir des formes extraites de son environnement, mais comme l'autre n'est jamais ce qu'il voudrait, insatisfait, il s'en détache par l'ivresse où il noie son image. Pour Pelicier (1984) « *l'alcoolique cherche à faire du Monde de l'Autre un Miroir où il puisse s'identifier* ».

La faillite du stade du Miroir se situe donc dans les avatars d'un environnement pathogène (frustration vs surprotection). Le regard de l'Autre parental demeure invisible (Richard, 1989 ; Nougé, 2004...) ne permettant par l'unification du corps morcelé préalable à ce stade. En particulier, la mère n'a pas reconnu son enfant comme un individu singulier, et entrave la construction de l'identité et des identifications. Il en résulte un narcissisme troué, où le sujet ne se reconnaît pas comme désiré, désirable. Dans ce sens, la relation ne peut être qu'anaclitique voire fusionnelle, dans la mesure où la quête de l'Autre se borne à la rencontre d'un double spéculaire. Le sujet est condamné à « faire comme si » et à colmater ses brèches à travers des signifiants tels « plein, bourré, noir... ». Ainsi, selon Nougé (2004), l'alcoolisme suit une arithmétique particulière « *l'addition des verres a pour résultat une soustraction* » : s'effacer, disparaître, dissoudre... le Surmoi, l'insupportable de la réalité et surtout le Sujet... Le **stade du miroir échoue** donc **sans être absent**. Lasselin (1979) précise que la mère de l'alcoolique, contrairement au psychotique, a tout de même soutenu son enfant avant de le lâcher, le laisser se « noyer »... Ce maintien serait caractérisé par un abandon partiel ne permettant pas l'articulation entre imaginaire et symbolique. Regard flou, incertain comme l'image de soi de la personne alcoolique qui demeure vacillante, en proie aux chutes et aux tremblements...

Nous voyons se dessiner l'idée d'une **filiation maternelle** dominant l'ontogenèse de la personnalité alcoolique. Pour Melman (1972-1976), l'alcoolique est traversé par une « fêlure », trouvant son origine dans une fixation à l'imgo maternelle fantasmée inassouvie, à l'image de sa soif perpétuelle. Le père est décrit comme humilié, vécu comme impossible. « *La constellation, ordonnée autour de l'astre maternel, le père ne cesse de s'en éloigner* ». Le sujet alcoolique tente pourtant de conquérir la métaphore paternelle mais sa mère lui arrache inlassablement. Dans ce sens, bien que la Loi soit reconnue, il ne peut se la représenter. La mère de l'alcoolique aurait donc usurpé la fonction paternelle, « *sur fond marin, émergence phallique de la mamme* », non introjectée par le sujet. A ce monde fondamentalement mouvant se substitue la solidité de la bouteille. Cependant, malgré cette remarque, l'auteur ne mentionne pas le défaut de contenant psychique.

Par ailleurs, le sujet alcoolique investirait le nourrissage (fonction féminine), duquel il espère tirer la jouissance. Pour contrebalancer ce dedans féminin, le sujet tente de créer un dehors masculin. Prédominance de **relation narcissique** où le double spéculaire garantit la toute puissance. Il recherche donc paradoxalement une affirmation virile à travers l'adoption d'une position féminine. Dans ce cadre, comme Clavreul (1951), Melman (1972-1976) souligne que « *l'alcool vient combler un trou, que ce soit dans le ventre ou dans le signifiant* ».

Perrier (1975, 1981) conçoit la mère de l'alcoolique comme une « *femelle gravide, mais entre temps vase sans fleur, coque creuse où ne résonne que la mondanité vide du discours des autres* ». La mère présente une absence de désir d'investissement affectif pour l'homme et le fils. Ainsi, les failles dans la constitution du corps imaginaire du sujet alcoolique émaneraient d'un « *défaut de l'érogène du corps de la Mère* ». La Mère ne possédant pas elle-même un corps affecté, elle n'a pu érogénéiser celui de son enfant. Le corps alcoolique reste donc une enveloppe vide, évidée qui se répand... « *auto-exilé de son corps impropre* ».

Ainsi, par l'alcoolisation, flux et reflux, le sujet tente de s'approprier son corps jamais affecté, il « *boit de l'alcool pour pasteuriser la plaie interne de son être au monde et à l'amour, à la chose, ça brûle, ça cautérise* ». Boire c'est tenter de réparer, d'annuler l'anesthésie de l'érotique du corps de la mère. « *Le thanatolien (contraction entre Thanatos et éthanol), dans sa partie d'échecs, se joue en l'honneur et l'horreur de l'inceste* » (Perrier, 1975). L'alcoolisation figure la répétition inlassable d'une scène primitive comme **tentative d'auto-engendrement** d'un autre qui n'est pas soi-même... autre féminin émanant de cette filiation maternelle. Ainsi, le sujet « *traque en lui ses désirs de féminisation passive* », et l'alcool « *c'est ce qui tuera en le buveur en son corps, engrossé de femme qu'il n'est pas* »...

Si la filiation maternelle est problématique, c'est que la **triangulation** et l'accès à la Loi symbolique sont avortés. Le père, détenteur du phallus, reste une figure absente. A cet égard, Pelicier (1984) fait l'hypothèse d'un ratage de l'articulation entre le phallus maternel et le phallus symbolique paternel. L'illusion, en tant que qualité phallique est inaccessible pour le sujet alcoolique, « *il méconnaît le virtuel de la brillance phallique* ».

L'auteur décrit un univers « *alcoolocrate* », sans loi, sans limite, sans chronologie « *où brille seul le Phallus, objet réel* ». L'alcool, comme signifiant phallique, contribue au déni de la castration et donne l'illusion d'a-conflictualité apportée par la satisfaction du besoin. En effet, le conflit est danger car le sujet alcoolique est incapable de refoulement. Pelicier (1984) évoque une **hypermnésie** qui expliquerait la quête perpétuelle d'oubli. L'alcool est incorporé encore et encore comme un objet idéal, face à l'éternel retour de l'absurde de la condition humaine.

A l'image du sujet, l'alcool est un **objet clivé** : tantôt parlé comme extérieur pour extraire cet objet maléfique de sa personnalité, tantôt incorporé comme objet idéal avec lequel il fusionne. « *Homme vide et bouteille pleine, homme plein et bouteille vide, mauvais à la maison et bon au bistrot où le soutien narcissique et la chaleur homosexuelle des autres alcooliques vont lui permettre le maintien précaire d'une identité toujours menacée* ».

Ainsi, selon Pelicier (1984), le sujet alcoolique fonctionne dans le **registre de l'imaginaire**, donc du même. L'accès au symbolique est difficile, c'est pourquoi le discours de l'alcoolique est si pauvre ; sa parole n'est qu'emprunt de celle d'un autre, sa mère, son épouse...

Dans le même ordre d'idée, Richard (1989) définit l'alcoolodépendance « *comme un trouble identitaire qui s'origine dans la forclusion de la loi œdipienne (...) et institue mal la castration symbolique nécessaire à la constitution de l'être parlant* » et désirant. Le père du sujet alcoolique n'a pas ou n'a pas pu jouer son rôle de tiers séparateur, il n'a pas instauré de barrières à l'inceste, nécessaires à la castration symbolique.

Ainsi, dans l'ontogenèse du sujet alcoolique, il manque l'élément constituant l'articulation entre le réel et l'imaginaire, aboutissant à une confusion des trois registres, où d'ailleurs le symbolique n'est qu'à peine ébauchée. Le sujet ne peut se détacher de la permanence du sein, devenu bouteille, pour déplacer son investissement vers d'autres objets ; il est condamné à être déçu. Comme le narcissisme primaire est fragile, l'accès au narcissisme secondaire est impossible. En ce sens, l'alcoolisation figurerait, pour Richard (1989), une quête de contenant narcissique, paradoxalement dans l'oubli.

Plus récemment, Nougé (2004) mentionne qu'un désir parental absent ou mortifère va conditionner (et non être la cause) de l'alcoolodépendance. Comme l'ont souligné les autres auteurs, le père a barré l'accès au symbolique, en exerçant pas sa fonction de régulateur. Ainsi les mots/maux ne servent qu'à désigner un besoin insatiable ; « *l'alcoolique s'étourdit dans un remplissage sans fin, et sans faim* ». Ceci expliquerait que le sujet alcoolique s'attache à ne rien demander (notamment en psychothérapie), attitude qui lui permet de se contenter d'une rencontre sans médiatisation du tiers. « *Jouir sans l'autre, pour avoir été marqué, dès l'origine, par l'exclusion de son désir, c'est ce dont témoigne l'alcoolique* ». L'alcoolisation vise une jouissance immédiate. Contrairement au plaisir, la jouissance ne suppose aucune distance entre sujet et objet, elle porte la marque d'une relation aliénante, absolue à l'objet, ici au besoin d'alcool. D'autant que la jouissance de l'alcoolique n'est pas médiatisée par le phallus. Ainsi, elle annule la castration et aboutit à se passer de l'autre sexe voire de l'autre ... C'est aussi et surtout une jouissance cachée car la particularité de l'alcool c'est de « *faire écran* » : à la fois entrave et surface sur laquelle se projette l'histoire du sujet.

Pour terminer, Guiter (2004) pose le père comme ailleurs (absent, alcoolique, mort ...) mais on ne sait où. C'est donc un Père Idéalisé, Dieu demeure irreprésentable, qui interdit par la même le processus d'identification. La désobjectivation amorcée, l'alcool signe l'ultime désaveu du Non/Nom du Père (retrouvé dans l'anonymat des groupes néphalistes).

Guiter (2004) décrit le Miroir comme brisé. La relation à la mère, rejouée dans l'alcool, est ambiguë : mère abandonnique retrouvée « dans » la bouteille, intrusive où l'alcool autorise un « *trip qui le conduira à cette mère dont il tente de s'éloigner* ». Ainsi, par l'alcool, l'homme alcoolique tenterait de surmonter sa peur des femmes. « *Le choix de la bouteille est éloquent à ce titre : elle n'a pas de désir, cette bouteille, elle est évocable et révocable à souhait, jusqu'à ce qu'elle s'impose, du fait de l'assuétude et qui, devenant alors un objet de haine, la consommation soit une consommation de destruction de l'objet haï* ».

En conclusion, si les auteurs de la lignée lacanienne ont à nouveau souligné les failles narcissiques du sujet alcoolique, en deçà du stade du stade du miroir, la mère n'est pas seule en cause... Père absent, effacé qui n'a pas joué son rôle de tiers séparateur et n'a donc pas autorisé le sujet à entrer dans le symbolique. Il manque dans l'évolution du sujet alcoolique cette figure charnière. Père, certes investi, mais décevant ; voué à la désaffection car non fiable, n'ayant permis qu'une esquisse du « Père idéalisé ». Cette carence primaire aurait engendré une déception aussi chronique que certaines consommations...

5.1.3. Le recours à l'agir, la question de l'incorporation et l'échec de l'aire transitionnelle.

Même si ces travaux s'insèrent, pour la plupart, dans le cadre général des **addictions**, ils apportent des éclairages pertinents sur la problématique alcoolique.

L'addiction (étymologiquement « donner son corps en gage de dette ») désigne l'expérience d'un sujet qui se trouve dans un **état de dépendance**. Ce concept soutient l'idée que ce n'est pas la substance qui fait l'addict, le toxicomane, l'alcoolique... mais ses dispositions psychologiques...

En suivant cette hypothèse, Fenichel (1945) avance que l'origine de l'alcoolisme dépend de la structure psychique du sujet. Celle-ci serait caractérisée par une « *insatisfaction chronique* », qui aboutirait à offrir une signification à la substance, comme « *espoir de l'accomplissement d'un désir profond* ». Ainsi, il nous invite à distinguer les buveurs qui consomment pour apaiser un malaise ponctuel (externe, interne) de ceux dont « *psychosexualité à part entière et self estime sont menées par le désir de l'ivresse* ».

Par ailleurs, Fenichel (1945) est l'un des premiers à avoir décrit la problématique alcoolique comme un **acting-out**, une « *impulsion morbide syntone du Moi* », alternant action et repli. Selon cet auteur, la psychogenèse de l'alcoolique est marquée par la présence de traumatismes précoces (frustrations orales). Ainsi, la conduite d'alcoolisation représenterait une « *tentative pour maîtriser des expériences traumatiques au moyen de la répétition et de la dramatisation active* ». Boire conduirait à revivre ces traumas tout en laissant entrevoir la possibilité de contrôler l'angoisse, les affects dépressifs et la culpabilité qui y sont associés.

La conduite d'agir s'inscrit donc dans une **démarche réparatrice** : maintien de l'estime de soi, fonction antidépressive... Or le remède devient poison, l'apaisement s'accompagne d'un retour des affects négatifs fuis et de la culpabilité, engendrant à nouveau un malaise.

Par la suite, les conduites d'agir ont été interprétées comme un **court-circuit de l'élaboration psychique**, qui ne correspond pas à la logique du symptôme. « *L'agir a souvent préséance sur la mentalisation* » nous disait Bergeret en 1975. En effet, la dépendance, par la contrainte interne/externe qu'elle exerce, exclut toute possibilité de réflexion à l'égard du comportement, et introduit un mode particulier d'équilibre des investissements narcissiques et objectaux. L'agir dépend donc d'une économie parallèle ; le processus de la pensée est annulé par le recours à ces « objets-éléments » auxquels le sujet s'accroche et qu'il pense contrôler. En restant rivé à la réalité externe, et en empêchant tout retour vers la réalité interne, l'agir protège le sujet des conflits inélaborables, et plus particulièrement de la dépression.

Selon Mc Dougall (1978), au-delà de l'échec de la fantasmatisation, l'addiction en tant qu'agir immédiat, répétitif s'apparente aux « **actes-symptômes** », qu'elle définit comme « *lieu de rêve jamais rêvé, d'un drame en puissance, où les personnages jouent le rôle des objets partiels ou même sont déguisés en objets-choses, dans une tentative de faire tenir aux objets substitutifs externes la fonction d'un objet symbolique qui manque ou qui est abîmé dans le monde psychique interne* ». Contrairement au symptôme qui représente une formation de compromis susceptible d'être interprété, l'agir addictif aboutit à la fuite de toutes situations anxiogènes, de toutes représentations insupportables...

A travers cette **fonction « anti-pensée »**, l'acting se comporte comme une défense de type maniaque, c'est-à-dire qu'il permet de nier la douleur dépressive de la (crainte de la) perte d'objet. Quinidoz (1991) souligne que « *l'acting comprend tous les stigmates de l'angoisse de séparation* » : méconnaissance du lien, recherche d'un contenant (psychique), régression vers une forme préverbale de communication... Aulagnier (1979) s'attachera à décrire cette recherche active d'extase sans mot, où le sujet offre à la sensorialité le pouvoir de donner matière au pensé : la pensée devient objet de sensations, et la sensation objet de pensée.

Plus tard, Aulagnier (1981) avancera que l'aliénation de l'activité de penser s'associe à la mise en avant de la souffrance. En ce sens, le corps devient lieu et possible de cette souffrance. Ainsi, l'agir addictif s'interprète comme un **surinvestissement du corps** ; « *la souffrance comme preuve* »... de l'existence... de la réalité... La douleur psychique, non symbolisée dans le verbe, s'exprime donc dans le corps. Seul un objet spécifique (ici l'alcool) peut venir l'apaiser, procurant une jouissance en deçà de l'activité fantasmatique ; d'où l'impression de pauvreté que suscite le discours de l'alcoolique.

Par ailleurs, l'agir signe une **coupure entre affect et représentation**. Or, l'acte offre, par mirage, un hypothétique retour de la fantasmatisation, et donc de nouvelles possibilités de liaison. Or, il se situe davantage comme un **substitut du fantasme**. En effet, l'addiction insère une action spécifique qui annule tout défaut de satisfaction et toute possibilité de se situer dans le désir. C'est donc le manque de l'objet addictif qui définit la réalité.

Ainsi, les affects et les tensions pulsionnelles sont difficilement élaborables. Venisse et al. (1992) évoquent une « **forclusion de l'affect** » ; Mc Dougall (1980), la « **désaffection** », concepts proches de la pensée opératoire et de l'alexithymie. L'agir tend à la **décharge** de toutes tensions (agréables/désagréables, internes/externes). Plus que l'impossibilité à ressentir ou à exprimer, le sujet semble incapable de mentaliser l'expérience affective, qui, dès lors, est soumise à l'excès. « *L'un des buts du comportement addictif est de se débarrasser de ses affects (...) un appel psychique est transformé dans l'esprit de l'addicté qui le traduit comme un besoin somatique* » (Mc Dougall, 2004). En mettant à l'écart sa dimension psychique, le biologique occupe le devant de la scène : l'affect est « resomatiser » (Venisse & al., 1992).

Les conduites d'agir et la dépendance (à un objet de besoin plus que de plaisir) assurent donc la survie psychique des sujets : à travers le plaisir d'organe dans son aspect fonctionnel ; par l'évitement de l'expérience du manque... survie en dépit des défaillances du narcissisme et de l'identification (**fonction identifiante**). Partout où l'équilibre économique est menacé, sur le plan objectal ou narcissique, l'agir se pose comme une défense pour maintenir l'homéostasie. Le produit drogue est « solution », panacée... Or, ces actes répétés ne font jamais sens... et « *la jouissance sans limite exige une consommation sans limite* » (Venisse & al., 1992).

Selon Venisse & al. (1992), l'addiction s'érige comme défense contre la dépression (et non comme un équivalent dépressif). En l'absence de dépression manifeste, elle s'interprète comme un **évitement de la position dépressive**, de la confrontation au vide narcissique et de tout conflit synonyme de séparation. Le sujet tente de recréer artificiellement l'objet perdu, « *en répétant son comportement, le sujet cherche à retrouver une situation antérieure, initiatique, idéalisée dont il demeure de plus en plus éloigné* ».

Ces auteurs ont choisi le terme de **dépressivité** pour définir cette dépression sans objet. L'origine se situerait dans des défaillances qualitatives plutôt que quantitatives du contenant maternel. Celles-ci s'expriment par un investissement narcissique de l'enfant (valorisation des performances...) au détriment de ses besoins affectifs, ou encore par la faillite de la fonction de pare-excitation. Ainsi, l'addiction par « *le recours à l'agir permet d'éviter de rencontrer cette dépression sans objet qui le confronte au vide narcissique* » (Venisse & al., 1992).

Suivant une voie plus métaphorique, ces agirs ont été éclairés par Charles-Nicolas & Valleur (1982) à travers le concept d'**ordalie**. Cette notion, ancienne, signifie un jugement ou épreuve de Dieu. Ici, la conduite est interprétée comme un défi à haut risque mortel, mettant en jeu l'intervention divine et non les aléas du hasard ou les capacités propres du sujet.

Le corps ordalique est décrit par Charles-Nicolas (1985) comme un tube ouvert aux extrémités où s'écoulent sans fin les objets. Cette illustration n'est pas sans rappeler le mythe des Danaïdes, condamnées à remplir éternellement une jarre percée, qui figure assez justement le corps sans contenant de l'alcoolique...

Paradoxalement, la conduite ordalique vise la réduction des risques, à tester et à instaurer des limites. L'autodestruction apparemment recherchée n'est qu'un leurre. Le sujet ne se sent jamais autant vivant que dans cette poursuite de la mort, quête quasi mystique de complétude à jamais perdue. L'ordalie serait donc une défense contre les pulsions destructrices « *l'ordalique risque de tuer l'être pour préserver le Moi* » (Charles-Nicolas, 1985).

En effet, la conduite ordalique signe le besoin et la conquête de régénération. En éprouvant inlassablement la mort et sa résurrection, le sujet réalise un **auto-engendrement** et tente d'accéder à l'autonomie : couper les liens en les conservant, « *partir tout en restant* »... avec l'espoir d'une renaissance palliant les ratages (de la constitution du corps libidinal unifié...). Epreuve d'identité, cette demande d'autorisation à exister est palpable dans le discours des sujets alcooliques, dans leur volonté d'être comme « tout le monde », d'être au monde...

Certes, cette notion concerne plutôt les pratiques adolescentes, et d'ailleurs toutes ne relèvent pas de l'ordalie. Elle pourrait néanmoins prendre sens chez certains sujets alcoolodépendants, tant du côté des sujets chroniques où le risque pour la vie est prégnant à travers une possible décompensation somatique ; que chez les sujets alcooliques intermittents où l'alternance des périodes d'alcoolisation/sobriété reproduit ce jeu avec la mort (coma...) suivi de régénération (éveil). Par ailleurs, cette hypothèse trouve écho dans l'importance que revêtent la spiritualité et la notion d'une puissance supérieure dans la mythologie des Alcooliques Anonymes : « *nous avons décidé de confier notre volonté et nos vies au soin de Dieu tel que nous le concevons* » (étape n°3). L'ordalie serait-elle en quelque sorte sublimée ici ?

Pour conclure, soulignons que l'ordalie, comme l'agir, peuvent être éclairés par le concept d'**incorporation**. L'incorporation regroupe les conduites concourant à l'introduction d'objets réels dans le corps. Depuis Abraham et Torok (1971), l'incorporation est perçue comme un ersatz d'introjection. L'introjection signifie la transposition sur un mode fantasmatique des objets externes et de leurs qualités inhérentes. C'est donc un processus organisateur qui concourt à la création et l'enrichissement de l'espace interne, alors peuplé d'objets stables et rassurants. Inscrit dans le symbolique, elle vise à élaborer la perte et signe la séparation d'avec l'objet. Le premier objet à devoir être introjecté est la figure maternelle. Lorsque cette opération échoue, le recours répété et compulsif à l'objet externe est indispensable pour combler le manque d'objet internalisé. Elle traduit une relation d'objet qui possède les caractéristiques du stade sadique-orale (avidité) : faire pénétrer l'objet à l'intérieur du corps, en éprouver du plaisir, le détruire pour le conserver et s'en approprier les qualités. Elle confère au sujet un sentiment de toute puissance auquel il est difficile de renoncer...

Gutton (1984) a décrit ces « *pratiques d'incorporation* » comme des **autoérotismes**. Elles supplantent l'activité fantasmatique et « *réalisent un plaisir de fonctionnement qui adhère au besoin* ». En ce sens, l'incorporation ne correspond pas au plaisir d'organe, qui impliquerait que la tension trouve son apaisement à l'endroit où elle se produit, indépendamment de l'excitation des autres zones. L'auteur réfute l'hypothèse de Freud, l'acte addictif n'est pas un substitut masturbatoire. L'objet externe et le comportement sont primordiaux : « *en dehors de l'acte le mettant en scène comme complément, l'objet n'est rien ; la motivation de l'acte s'impose, si l'objet est absent, les sujet est "rien"* ».

Par ailleurs, l'incorporation suppose un échec du processus d'identification, tout en signifiant une **fonction identificatoire** repérable dans cette conduite répétitive. « *Une pratique de l'incorporation jouant une identification dont elle marque l'échec, comporte une dimension identifiante : mise en acte d'un auto-engendrement, une auto-filiation, c'est-à-dire une confirmation de la complétude du Moi alors même que cette faille est mise en scène* » (Gutton, 1984). Nous retrouvons ici l'idée d'une répétition des traumas énoncée par Fénichel dès 1945, et la tentative de restructuration du Moi à travers l'espoir d'une nouvelle naissance, évoquée par Charles-Nicolas & Valleur (1982) à propos de l'ordalie.

Or, cette expérience de complétude est éphémère et demande à être réitérée. En ce sens, elle ne peut tenir lieu d'élaboration psychique, il s'agirait davantage de « *comportementalisation* » selon Pedinielli & al. (1997), solution comportementale par dépendance aux objets externes pour pallier les défaillances psychiques et objectales.

L'incorporation est donc un **acte réel**, sans inscription imaginaire, qui supposerait l'intériorisation de l'objet et la conservation de celui-ci sous sa forme hallucinée. Elle signifie un échec de cette fonction métaphorique, qui engendre ce besoin d'ingérer réellement un objet pour parvenir à une modification corporelle et espérer la production de représentations.

L'incorporation suppose la **rencontre**, d'abord **initiatique**, **entre un objet extérieur et le corps** du sujet, théâtre d'une révélation de jouissance hors de toute relation à l'autre, hors du temps et du désir. Le corps est l'instrument, l'objet de cette pratique dont il porte les stigmates. Dans le cas de l'alcoolisme chronique par exemple, la peau des sujets va avoir tendance à se transformer, elle devient rouge, épaisse... sorte de coquille protectrice...

L'incorporation aurait, de manière paradoxale, une **fonction réparatrice**. En faisant adhérer le registre du plaisir à celui du besoin (besoin du besoin), elle suppose une immédiate satisfaction, une recherche de solution totale. Selon Venisse & al. (1992), cette régression du désir au besoin permet de situer l'incorporation comme une « *démétaphorisation* ».

Par ailleurs, comme l'a remarqué Gutton (1984), c'est cette consommation répétée de l'objet extérieur qui va permettre, pour un temps, la reprise de l'activité fantasmatique. Or, ce regain n'est que transitoire, la transposition au niveau psychique reste problématique et la centration sur le corps, comme garant de la réalité d'un vécu, d'un pensé, demeure.

Dans le même ordre d'idée, Jeammet (2000), en s'inspirant des écueils du narcissisme et de l'introjection, a postulé les conduites addictives comme une réponse à la séparation comportant une **dimension auto-thérapeutique**. Ces sujets recherchent une dépendance à l'objet externe, toujours disponible qu'ils tentent de maîtriser (« *pseudo-objet sous emprise* »). Or, l'impossible internalisation finit par aliéner le Moi à la contrainte.

Les sensations internes (positives ou négatives) sont vécues comme menaçantes, appelant vide, annihilation, confusion... Le sujet tente alors d'éviter tout contact avec l'objet libidinal afin de limiter son contrôle. En revanche, les excitations externes rassurent, elles soutiennent la différenciation avec l'environnement, assoient les limites et sauvegardent l'identité menacée par le processus d'intériorisation.

Ainsi, l'objet addictif vient colmater les défaillances occasionnelles ou structurelles, évite la confrontation à l'altérité et donc à l'angoisse. Il réalise un **ersatz de pare excitation** face aux tensions potentielles éveillées par les objets, donnant la sensation d'exister, de ressentir dans l'alternance du manque et de la satisfaction. L'acte addictif serait alors un véritable « *pansement pour la psyché qui tente de guérir les blessures narcissiques* » (Jeammet, 2000). Le sujet utilise de manière défensive la réalité perceptivo-motrice pour contrebalancer une réalité interne fragile, fluctuante, dangereuse...

Comme l'introduit cette problématique, les liens entre incorporation et dépression, ou plutôt **dépressivité** sont prégnants. Rappelons que, contrairement à la dépression, la dépressivité s'oppose au travail de substitution psychique permettant de nouveaux investissements. Ainsi, l'incorporation témoigne du **refus du deuil** et de l'impossible élaboration de la perte d'objet, qu'elle tend à nier. Le sujet se protège d'un effondrement dépressif par sa dépendance à l'objet addictif. Bergeret (1985) a nommé « *illusion du plaisir primitif* », ce retour à l'état de l'enfant dans le ventre de sa mère. Pour Venisse (1993), par l'incorporation le sujet signe une tentative de « ré-union » avec l'objet perdu.

Selon Charles-Nicolas (1985), l'incorporation a ses limites, qui, atteintes, laissent le Moi en proie à un vide plus grand encore. L'auteur se demande si, finalement, ce n'est pas le vide en lui-même qui est investi « *qu'il (l'objet) soit présent ou absent, il conserve les caractéristiques de l'objet disparu et ce qui se trouve désormais investi c'est l'absence* ».

L'**alcoolisation** peut être décrite comme une pratique d'incorporation. Elle constitue à la fois, un des fantasmes et une des défenses, primordiaux des sujets alcooliques.

Rigaud & Louka (1991) précisent que, dans cette problématique, l'objet maternel n'a pas été intériorisé, c'est pourquoi l'« objet-alcool » a besoin d'être incorporé. Escande (1997) abonde dans ce sens, l'incorporation aboutirait à « faire revivre » l'objet maternant/maternel pour lequel aucune parole n'a permis d'élaborer la perte. Le vide de la séparation primordiale serait compensé par l'ingestion réelle de « l'objet du besoin » (le sein/l'alcool) afin d'en annuler l'absence. La nécessité du recours à un objet externe révèle donc une défaillance primitive cruciale, qui aurait empêché un accordage affectif suffisant entre la mère et l'enfant. Selon Bourdellon (2004), le trop ou le pas assez de contact mère/enfant conditionne la recherche de satisfactions « *bouche-trou* » pour échapper à la détresse ou l'ennui. L'origine de ce phénomène est à rechercher dans les avatars des sevrages successifs, non structurants. La mère souffrirait, elle-même, d'un « défaut sevrage » : elle ne peut, ne veut « perdre » le sein et, l'enfant n'est pas prêt non plus à y renoncer.... ce qui autoriserait un accès insatiable.

Cette conduite d'incorporation peut alors s'interpréter comme la reproduction de la relation mère/bébé, où, dans la dissipation des effets de l'alcool, le sujet revit l'échec de cette privation. Prisonnier d'un sevrage dénué de sens et figurant la crainte de la séparation, le sujet alcoolique serait condamné à boire et reboire encore... En ce sens, la dépendance à l'alcool serait une tentative d'autoguérison, le sujet essaierait de mettre au dedans ce support maternel qui fait défaut. N'ayant trouvé de soutien ni dans l'autre, ni les mots, cet étayage semble devoir passer par le corps. L'alcool procure des sensations vécues comme plus fortes, plus concrètes, plus « curatives » que n'importe quelle pensée, n'importe quelle parole...

A travers ces données, nous suivons l'idée d'une faille comme berceau de l'alcoolisme. L'origine de ce ratage pourrait se situer dans l'**échec de l'aire transitionnelle**.

Bien que Winnicott (1951) ne se soit pas particulièrement intéressé à la dépendance addictive, il avance que l'« *on peut définir la toxicomanie en termes de régression au stade primitif où les phénomènes transitionnels ne sont pas mis en question* ».

Rappelons que les phénomènes transitionnels représentent « *l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe (...) entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a été introjecté, entre l'ignorance primaire de la dette et la reconnaissance de celle-ci* » (Winnicott, 1971). Cet espace ni intérieur, ni extérieur, à l'intersection du personnel et du culturel, permet le passage de l'union à la relation avec la mère, comme être distinct. Il concourt au travail de séparation, la mère absente devient pensable. Cette aire, soutenue par une mère suffisamment bonne (investissement positif des émotions, de l'érogénéité corporelle...) mais créée par l'enfant, ouvre à l'imaginaire et au symbolique et aboutit à « *une distinction nette entre le fantasme et le fait réel, entre les objets internes et les objets externes, entre la créativité primaire et la perception* » (Winnicott, 1971). L'espace transitionnel permet donc à l'enfant de sortir de la dépendance pour gagner l'autonomie, par l'introjection progressive d'un environnement à fonction maternante.

Cette rencontre est médiatisée par « l'**objet transitionnel** ». Ce dernier peut prendre différents visages, l'objet n'est pas transitionnel en soi, il le devient par l'utilisation qu'en fait l'enfant : objet « créé-trouvé », « indestructible » permettant à l'enfant d'agir ses mouvements pulsionnels sans risque. L'objet transitionnel dégage l'enfant du besoin de la mère, il finit par être plus important qu'elle, mais sans en dénier l'absence qu'il pallie, élabore...

Plusieurs auteurs (Mc Dougall, 1978-2004 ; Richard, 1989 ; Brusset, 2004 ; Bourdellon, 2004...) se sont demandés si les conduites addictives pouvaient s'apparenter aux phénomènes transitionnels. Leurs conclusions rejoignent l'hypothèse de Winnicott (1951), l'addiction résulterait plutôt d'un échec de l'aire transitionnelle.

Cet écueil serait lié à l'incapacité des parents à faire du corps de leur enfant un objet de désir, il demeure un objet de besoin par refus du contact corporel. Le personnage maternant va se servir de son enfant pour pallier les besoins frustrés de son monde interne. « *En raison de ses angoisses et de ses peurs et désirs inconscients, une mère est potentiellement capable de créer chez son bébé une relation addictive tant à sa présence qu'à ses soins* » (Mc Dougall, 2004). La mère induit donc chez son enfant son propre état de dépendance, et perpétue le sien. Par ailleurs, le père est décrit comme absent.

Ce type de relation va entraver le développement des phénomènes transitionnels (activités ou objets) et susciter chez l'enfant la « *crainte de développer ses propres ressources psychiques pour atténuer ses tensions affectives* » (Mc Dougall, 2004). Ce ratage rend impossible le processus d'introjection de la « bonne mère », qui induit à son tour le recours à la réalité externe (de la substance) pour tolérer la douleur interne ou externe, devenue insupportable. La « capacité à être seul » est également mise en danger, l'enfant cherchera la présence de la mère réelle et/ou d'objets concrets pour résoudre ses problèmes affectifs.

Cependant, Bourdellon (2004) souligne que ce n'est pas tant l'absence ou la présence de la mère (fonctionnelle ou opératoire) qui paralyserait le développement de la réalisation hallucinatoire du désir, mais le manque de rêverie maternelle.

L'objet addictif, dont l'« objet-alcool », même s'il permet au sujet de « se tenir en société », ne peut être considéré comme un objet transitionnel. En effet, si l'aire transitionnel constitue un espace entre le subjectif et l'objectif, le narcissique et de l'objectal, le dehors et le dedans, l'alcool, au contraire, tente d'annuler ces distances. Par l'accrochage à la réalité externe, il entrave l'entrée dans une relation d'objet authentique, tandis que l'accès au monde interne est barré ; l'alcool noie l'imaginaire et les possibilités d'élaboration, notamment de la séparation. Ainsi, son absence est souffrance, vide impossible à mentaliser.

L'alcool apparaît donc comme un **objet partiel pathologique**, il remplace l'objet plus qu'il ne le symbolise, conférant au sujet un sentiment illusoire de toute puissance. Erigé comme défense contre la perte et l'ambivalence, l'objet-alcool, bon ou mauvais, entraîne un défaut fondamental dans l'idéal du moi, l'estime de soi et le sentiment d'identité personnelle.

Ainsi, selon Mc Dougall (1978-2004), l'utilisation de l'objet addictif correspondrait plutôt à une tentative de restauration de l'espace transitionnel défaillant. C'est pourquoi l'auteur qualifie ces objets de « **transitoires** », « *dans le sens où il faut le remplacer continuellement, puisqu'il n'a ni la signification, ni le destin d'un véritable objet transitionnel à savoir un objet en voie d'introjection* » (Mc Dougall, 1982). Contrairement à l'objet transitionnel, ils ne permettent pas de réaliser l'introjection qui fait défaut, d'ailleurs, ils ne sont pas créés par le sujet mais utilisés par lui. En tant que solution somatique plutôt que psychique, les objets transitoires, toujours à disposition, totalement maîtrisables, apaisent de manière momentanée les tensions physiques et affectives. Ils réalisent un état idéal de satisfaction donnée à soi-même, d'autosuffisance voire de toute puissance vis-à-vis des objets défaillants.

Ainsi, ces objets vont dénier la perte, faute de pouvoir l'élaborer. Ils contribuent à l'instauration d'une relation d'emprise réciproque, en réponse à la **satisfaction d'un « néo-besoin »** (Mc Dougall, 1982 ; Brusset, 2004 ; Bourdellon, 2004...).

Cette notion définit un besoin inutilement créé chez l'enfant par la mère qui sur-sollicite ses besoins existants. Selon Bourdellon (2004), il correspond à « *une réponse généralement immédiate sur le modèle de la satisfaction du besoin, se substituant ainsi à l'élaboration du désir et de sa réalisation hallucinatoire et court-circuitant les auto-érotismes* ». Capté par le néo-besoin, l'enfant réitère l'expérience de satisfaction au détriment des activités mentales. « *Dans le cas des néo-besoins, la question du manque et de l'absence serait détournée car travestie en un faux besoin sur le modèle des instincts de conservation, permettant une réponse immédiate sur le modèle de la satisfaction* » (Bourdellon, 2004). Son rôle est donc de soutenir l'illusion de l'a-conflictualité.

C'est un procédé similaire que nous retrouvons dans la conduite alcoolique. L'impulsion à l'alcool reflèterait la nécessité de recourir à un néo-besoin (boire) ; le satisfaire (et s'autosatisfaire), court-circuitant ainsi le travail de la pensée, pour retrouver un état éphémère de béatitude. Grâce à « l'objet-alcool-transitoire », le sujet pense reprendre le contrôle de ses besoins, de l'autre générateur de frustrations... Pour Brusset (2004) cette « *pratique solitaire permet l'expérience de la position d'omnipotence dans l'indifférenciation* ».

D'ailleurs, selon Noiville (1982), dans sa vie d'adulte, au-delà du rapport avec la bouteille, le sujet alcoolique poursuit cette relation particulière avec son conjoint, avec lequel il recherche une relation harmonieuse, osmotique... comme prolongement de la phase infantile dont elle reproduit les conditions. L'autre est investi comme un objet, une fonction, un double et non comme un Sujet différencié, d'où les angoisses de catastrophe lorsque cette présence fait défaut. Pour l'homme alcoolique, la femme c'est la mère, non pas le substitut mais la mère réelle, avec laquelle il tente de renouer une relation idéalisée. Même la sexualité génitale sert à des fins narcissiques, c'est-à-dire à étayer... En cas de rupture, il ne peut se tourner vers d'autres investissements objectaux. « *Dans l'acte de boire, le sujet retrouve le bien être, l'illusion d'unité originnaire avec son objet* » (Noiville, 1982).

Jeammet (2000) va plus loin, et étend le nœud de l'addiction à tous les moments clés de la séparation (sevrage, Œdipe...), entendus comme autant de failles possibles dans la constitution des assises narcissiques. C'est donc autour de l'articulation entre narcissisme et relations objectales que se pose la question de l'addiction, décrite comme **pathologie du lien** plutôt que des conflits. Nous pouvons résumer l'hypothèse de Jeammet (2000) quant à l'origine de la conduite addictive comme la « *persistance d'une relation narcissique à des objets mal différenciés ; défaillances (...) [des] assises narcissiques et [des] auto-érotismes qui les sous-tendent, rendant le sujet tributaire de soutiens narcissiques externes ; échec des défenses psychiques efficaces à protéger le Moi de sa dépendance aux objets externes* ».

L'addiction représente donc une solution de compromis pour résoudre le conflit entre l'axe objectal et l'axe narcissique. Elle viserait la maîtrise de l'objet, c'est-à-dire l'évitement de la dépendance à l'autre. En lieu et place des émotions menaçant le narcissisme du sujet, l'addiction privilégie les sensations, par lesquelles il s'assure de la présence d'objets externes, concrets, toujours disponibles qui lui font défaut à l'intérieur.

Pour conclure, examinons le rôle de l'objet-alcool. Il a été assimilé, par certains auteurs, à un **objet fétiche** (Richard, 1989 ; Pedinielli & al., 1997 ; Gutter, 2004 ; Blondel, 2004 ; Gantois-Semet, 2006...). Le fétiche a pour fonction de maintenir le déni du manque, de l'absence de pénis chez la femme, en lien avec la castration. Ainsi, il entrave la reconnaissance de l'absence et le processus d'introjection. Utilisé à des fins de jouissance, le fétiche est surtout un gage de toute puissance narcissique, dans le sens où le sujet s'appuie sur celui-ci afin de se soustraire aux interdits, à la menace de castration et à la loi phallique.

Selon Migot & Maisondieu (1986), l'alcool et la bouteille, en tant que contenant, joue ce rôle de « fétiche-souvenir », substitut du corps de la mère et plus particulièrement du sein.

Dans le cas de l'alcoolisme masculin, Gutter (2004) souligne qu'au-delà de l'objet-alcool, le fétiche, s'érigant comme phallus maternel, peut s'étendre au corps de l'alcoolique à travers les atteintes somatiques ou la conduite de consommation. Gantois-Semet (2006) relève une peur phobique de l'autre sexe. Ainsi, l'alcool comme fétiche renforce l'identité masculine et l'illusion de virilité. Face à « l'horreur » suscitée par la femme et l'imgo maternelle archaïque clivée (la nostalgie du bon sein est à la hauteur des craintes de dévoration), l'alcool ouvre l'accès à l'indifférenciation primaire. Il donne l'illusion d'un triomphe (éphémère) sur l'imgo maternelle mauvaise, tout en conservant les forces de l'imgo maternelle positive. Or, cette tentative d'unification ne se réalise qu'au prix d'un brouillage qui *« contribue à disloquer leur peu "d'esprit corps" accentuant le démantèlement somatique »*

Or, Mijolla & Shentoub (1973) réfutent cette hypothèse, dans la mesure où la finalité du fétiche est le maintien de l'investissement libidinal des organes génitaux et l'obtention d'une jouissance sexuelle à partir de cette zone. Si l'alcool remplit ce rôle au début, il efface peu à peu toute érogénéité de la zone génitale. Le plaisir, si tant est que l'on puisse employer ce terme, n'est trouvé que par la répétition de l'acte de boire. De même, Descombey (2004) note que l'alcool porte sur d'autres éléments que le modèle de la perversion, le déni de la castration n'est pas total. Par ailleurs, Tisseron (1998) mentionne que l'une des caractéristiques de l'objet fétiche est d'être contemplée sans être manipulée. Or, l'alcool, le verre ou la bouteille sont, au contraire, sans cesse touchés, tournés, absorbés...

Selon Brelet-Foulard (1988), il s'agirait d'un « pseudo-fétiche », où « *il ne s'agit pas comme dans la perversion, de soutenir la sexualité pénienne mais de soutenir le vivre psychique* ».

Deswell (2002), sans rejeter l'hypothèse du fétiche, va plus loin et pose l'alcool comme **objet autistique**. A partir de travaux de Tustin (1989) et de Monjauze (1999), l'auteur montre que, comme l'objet autistique, l'alcool comble le manque immédiatement lors de l'insurmontable expérience de séparation, et apaise des angoisses extrêmement archaïques. Dans ce sens, l'alcool n'est pas recherché pour lui-même mais pour les sensations qu'il procure.

Cependant nous émettons une objection. En effet, l'auteur reconnaît que « *contrairement à l'objet transitionnel, l'objet autistique ne favorise pas l'émergence du fantasme, de l'imagination et de l'activité de pensée* ». Dans ce cas, si l'objet autistique annule l'activité fantasmatique, comment l'alcool utilisé comme un objet autistique peut-il « *laisser place à un univers subjectif plus rassurant, empreint des fantasmes de l'individu alcoolique* » ?

A travers ces fonctions, l'objet-alcool représente surtout une solution, tentatives d'auto-guérison face aux angoisses, à la dépression, aux doutes identitaires... pour faire face à la problématique de séparation, notamment avec la mère.

Il serait un moyen de restaurer l'image psychique endommagée tout en soldant les comptes avec les figures parentales du passé ; vis-à-vis d'une mère ressentie comme abandonnique ou frustrante, d'un père vécu comme absent ou défaillant dans ses fonctions paternelles et donc déchu. Or, comme aucun objet du monde externe ne peut réparer les manques de l'espace interne, la conduite souffre d'une dimension compulsive.

Ainsi, l'ensemble de ces travaux fait de nouveau référence aux avatars du narcissisme pour expliquer l'émergence du comportement addictif, et plus particulièrement de l'alcoolisme.

De sa constitution défaillante, notamment en référence à la l'échec de l'aire transitionnelle, dépend cette fuite dans l'agir et l'incorporation. Elle fonde cette problématique comme pathologie des limites et de la séparation/individuation (séparation inachevée, ratée, construite à partir de confusions et d'empiètements). Elle signe l'échec du processus d'autonomisation par introjection de l'objet, et rend impossible la mentalisation (notamment pour élaborer la perte). L'alcool, en tant qu'objet externe, garantit l'équilibre narcissique du sujet, assurant sa permanence, sa continuité voire sa survie...

Découvrons à présent les propositions de Mijolla & Shentoub (1973) qui, dans la lignée des travaux de Freud, se présentent comme la première authentique « psychanalyse de l'alcoolisme ».

5.1.4. « Pour une psychanalyse de l'alcoolisme », Alain de Mijolla & Salem Shentoub (1973)

A partir de l'analyse d'entretiens uniques réalisés auprès de patients alcooliques, Mijolla & Shentoub (1973) se sont attachés à découvrir l'origine de l'alcoolodépendance, et les particularités du fonctionnement psychique qu'une telle genèse à engendrer.

La problématique alcoolique se nouerait à partir d'un **traumatisme initial**, corporel, extrêmement précoce, impossible à dater. Ce traumatisme est différent de la « scène » du névrosé, dans la mesure où il se situe en deçà de la constitution de l'objet.

Le corps de l'enfant ne serait pas investi libidinalement par le personnage maternant, absent ou mutique. Il n'imagine pas que l'enfant ait un corps qui puisse ressentir (du bien-être ou de la souffrance) et n'appose aucun mot aux sensations éprouvées, « *et avant même le langage, du circuit des représentations, et des zones dès lors condamnées au silence* ». Il en résulte des « **zones muettes** », sortes de « *malformation interne* » qui n'ont pu faire l'objet d'aucun investissement narcissique, et encore moins objectal. Ces traces d'atteintes corporelles, lieux de deuils impossibles et donc de déni, sont pourtant génératrices d'excitation et d'angoisse, mais elles demeurent impossibles à lier. « *Marquages corporels* » aveugles, comme autant de cicatrices ont laissé des trous, des vides hors de toute symbolisation. Restées innommables, sans contenus fantasmatiques associées, elles concourent à une « *fixation somatique* ».

En conséquence, pour Mijolla & Shentoub (1973), les zones érogènes n'existent pas dans le corps alcoolique, elles ne sont ni reconnues, ni érotisées voire sensorialisées. Ce « *manque à soi-même dont le moi se sent amputé* » pourrait perdurer toute la vie si la rencontre avec l'alcool ne venait pas les mettre au jour. « *Ces "trous" dans le corps sont autant de béance dans le moi, zones muettes et clivées jusqu'à la rencontre avec l'alcool* ».

En ce sens, l'alcool, lors d'une consommation en apparence banale (pas forcément le premier verre), inaugure un moment décisif, plus mythologique que chronologique (impossible à dater), qui va sceller le destin du futur sujet alcoolique, alors soumis à l'inlassable répétition du geste. En effet, les « *marquages corporels* », non inscrits dans la psyché sont à l'origine de l'**investissement de la motricité** pour elle-même. Ainsi, cette « *rencontre initiatique* » se définit comme « *une certaine expérience de l'ivresse alcoolique particulièrement marquante en raison du contexte psychique entourant et préparant sa survenue bouleversante* ». Elle réactive le traumatisme initial et surtout donne l'impression, ou plutôt la sensation de le lier... Nous retrouvons ici la notion d'**après coup** en référence aux travaux de Freud sur le trauma, où un traumatisme secondaire vient éveiller les failles primaires et relever l'absence de représentation.

L'alcool, objet et symbole externe, entre en résonance avec le traumatisme initial qu'il révèle. Il offre une première symbolisation pour désigner cette chose étrangère au sujet. L'alcool va donc « donner la parole » à ces zones muettes, les nommer « alcooliques ». Il est « *celui qui fait parler enfin ces territoires muets du passé et rend inutile toute recherche supplémentaire* ». Réponse « adéquate » aux fêlures du passé, il laisse entrevoir l'espoir d'une maîtrise, d'une possible abréaction voire d'une liaison. Or, comme cette conduite est soumise à la **compulsion de répétition**, réitération à l'identique (et non du « même » qui constitue une ébauche d'élaboration), le travail psychique reste défaillant, les excitations impossibles à lier, les mots toujours absents comme coincés dans le corporel. De manière paradoxale, l'**alcoolisation** n'a rien d'agréable, elle est en elle-même **traumatique**.

Ainsi, le but n'est pas tant de passer sous silence ces traumatismes, mais plutôt de traduire l'indicible. « *La rencontre initiatique avec l'alcool vient ainsi apporter des contenus représentatifs désormais fixés en une opération pauvre et stéréotypée si elle en ébauche la fonction, elle n'est qu'une caricature* ». Cette entreprise est condamnée à l'échec dans la mesure où le sujet tente de lier les excitations par l'acte. Ces gestes stéréotypés (dont les tics de mâchoires, le mâchage...) détruisent en même temps qu'ils attestent des pulsions de vie, et vont dans le sens d'une « *régression ramenant à des rythmes corporels anciens qui prennent la place dans l'élaboration impossible d'une relation objectale appauvrie* ». **Régression** d'ordre **narcissique** « *à ce point archaïque, qu'il ne reste plus guère aux sujets en atteignant les profondeurs abyssales, comme relation au monde et à eux-mêmes, que celles qui les lient à l'unique alcool, images projetées de ces parties blessées de leur corps* ».

Bien que qualifiés d'« actes sexuels », ces actes se distinguent de la masturbation génitale ; ils signeraient plutôt l'**impossible orgasme**, « *la marque d'une persistance particulière de l'investissement autoérotique de certaines zones corporelles, anatomiques ou fonctionnelles, qui débordent la seule cavité buccale, au demeurant privilégiée* ». Ces auto-érotismes, résurgences d'une étape ratée du narcissisme primaire, infiltrent le comportement, de même que ces mouvements quasi mécaniques d'incorporation envahissent le champ mental. L'acte court-circuite l'élaboration psychique, les chaînes associatives se rompent par ce défaut de symbolisation, rappelant sans cesse l'alcool pour tenter de le pallier. L'alcool engloutit peu à peu tous les investissements possibles, et empêche l'établissement des relations objectales.

En réponse au concept de « *viscosité libidinale* » avancé par Freud (1912), Mijolla & Shentoub (1973) proposent la notion d'« *opiniâtre adhésivité libidinale* » pour définir cet accrochage « *à une représentation unique, l'acte de boire réitéré, sans qu'il puisse y avoir désormais ni déplacements, ni substitutions de nouvelles possibles* ».

L'alcool agit donc comme un mirage (« *alcoolisme écran* »), à la fois « *coupure-suture* » des blessures passées, « *dans l'ordre du langage, le mots « boire », « alcool », (...) ont cette fonction de leurre autour duquel s'articule la pauvreté du discours des malades* ».

Même si la formation du fantasme est condensée dans le surinvestissement de la motricité, et que l'activité psychique est réduite, l'alcoolisation représente néanmoins un progrès par rapport au mutisme antérieur. Pour Mijolla & Shentoub (1973), si l'acte de boire occulte la mentalisation, il représente un **rudiment d'activité fantasmatique**. Comme dans le travail d'élaboration, il transforme l'énergie physique en énergie psychique, et ouvre la voie associative. Or, ces fonctions sont tronquées, la transposition psychique n'est qu'éphémère, suppléée par la décharge, la liaison se fausse...

Les sujets alcooliques, à la différence des patients psychosomatiques, évitent la confrontation avec la dépression essentielle, grâce à la projection permanente au dehors, à cet « *accrochage libidinal* » à l'alcool qui permet d'incorporer ses parties blessées ou mortes. Néanmoins, toujours en proie au manque par **défaut d'introjection**, le sujet vit un état de deuil ininterrompu. « *Et c'est parce que l'alcool et l'acte de boire (...) viennent à les représenter qu'ils deviennent l'objet d'une nécessité de complétude d'une incorporation incessante luttant contre une dépression aussi chronique que l'alcoolisme désormais* ». Ainsi, l'alcool épargne le travail de deuil et vient combler ce manque à soi-même. Par la satisfaction immédiate qu'il procure, il reflète les défaillances du moi, en même temps qu'il lui assure un regain de toute puissance. La conduite alcoolique serait donc un moyen de revivre inlassablement le traumatisme d'origine dans le but de le maîtriser, de l'abréagir. Or, l'abréaction se révèle peu à peu inefficace, dans la mesure où la faiblesse des capacités de mentalisation ne permet pas de lier les excitations. L'alcool est en cela paradoxal, il entrave l'élaboration tout en la rendant possible ; il pallie les difficultés d'introjection tout en signant son échec... Et, les effets sont finalement délétères, les détériorations psychiques et corporelles s'inscrivent comme autant de retours du traumatisme primaire, sources de nouvelles tensions à évacuer.

Révélatées par l'alcool, ces zones muettes ont longtemps fait l'objet de **déni**. Ce déni contribuerait à l'établissement du **clivage** qui caractérise le Moi des sujets alcooliques. Le clivage du Moi se définit traditionnellement comme la coexistence de deux positions contradictoires, l'une tenant compte de la réalité, l'autre la niant. Mijolla & Shentoub (1973) affinent cette proposition : « *ne les imaginons pas comme des terrains géographiquement séparés par quelque frontière bien délimitable, mais plutôt comme deux, ou même plusieurs liquides (...) de densité différente qui seraient mêlés dans un récipient* ».

Selon ces phases, « ces liquides » se superposent de manière parallèle ou, au contraire, se mêlent pour produire un mélange uniforme, aboutissant à « *deux types de fonctionnement psychiques qui sont susceptibles de s'interpénétrer, s'exclure ou agir de concert* ». Conformément à la définition classique, nous nous demandons s'il s'agit encore véritablement de clivage, dans la mesure où il implique deux territoires sans communication entre eux...

Selon Mijolla & Shentoub (1973), il existerait au sein de la personnalité et du fonctionnement de ces sujets deux zones qui se juxtaposent : « *un secteur non alcoolique* », capable de reconnaître la réalité, de fantasmer, d'utiliser des mécanismes de défense adaptatifs ou non ; et « *un secteur alcoolique* », où la honte prend la place de la culpabilité, peuplé de multiples confusions (dehors/dedans, passé/présent, subjectif/objectif...), qui se fonde sur un seul objet, l'alcool, autour duquel il s'articule. « *L'alcoolique semble détacher leur Moi de la réalité pour instaurer une nouvelle réalité qui n'est pas un compromis au sens d'un symptôme névrotique, ni une formation délirante, nouvelle réalité psychique du psychotique, mais une substance toxique extérieure au sujet, l'alcool (...) cependant et par ailleurs, "dans un même souffle", il peut reconnaître l'existence de la réalité et (...) "en tirer des conséquences correctes" voire l'aménager de façon névrotique ou psychotique* ».

C'est pourquoi les auteurs réfutent l'hypothèse d'une fixation orale. D'une part, le plaisir associé à l'excitation de cette zone érogène est peu évoqué dans le discours des sujets alcooliques. D'autre part, en raison du clivage, le point de fixation du sujet s'établira selon le niveau de développement libidinal atteint par la partie non-alcoolique de son Moi. De la même manière, cette particularité expliquerait la difficulté à établir une structure spécifique à la personnalité alcoolique, qui sous l'effet de ce clivage adopte plusieurs niveaux de fonctionnement, les organisations classiques étant infiltrées par le secteur alcoolique.

Le clivage et le déni sont donc différents de ceux observés dans la perversion, où le plaisir sexuel génital perdure. L'alcoolique se situe en deçà en raison des failles corporelles, il est engagé dans une lutte pour sa survie. Le « conflit » ne se noue pas autour de la différence des sexes, mais rejoint la **question de la vie et de la mort**, « *précurseurs d'une compulsion de répétition jouant, pour la rappeler et s'en défendre, l'histoire du traumatisme initial qui créa la vie et la nostalgie du retour à l'inanimé, à l'état de tension zéro* ».

Le clivage s'insinue d'emblée. Il divise la psyché en un quartier cicatriciel, traumatique, troué, voué au silence ou à la mort, et un domaine qui tentera de suivre le chemin libidinal classique. Ainsi, tous les adjectifs employés pour définir le sujet alcoolique ne peuvent qu'être précédés du préfixe « pseudo »... pseudo homosexualité, pseudo fixation génitale...

Bien que le clivage conditionne la rencontre initiatique avec l'alcool, il ne peut être considéré comme cause de l'alcoolisme. Rappelons que celui-ci est induit par l'incapacité à élaborer mentalement les modifications psychiques exigées par la résurgence des failles précoces.

Au fur et à mesure de l'évolution libidinale, les problématiques existentielles s'accroissent, et le clivage s'imposera à chaque étape du développement, s'insinuant dans les relations objectales pour assurer la survie d'un moi de plus en plus fragilisé. Les objets de la réalité externe et notamment les figures familiales n'existent pas de manière différenciée mais, en tant que représentant du non-moi, elles sont à leur tour clivées : idéalisées à condition d'être absentes, dangereuses une fois présentes. Objet absent, narcissique, fonctionnel, support des projections agressives ou idéalisées du sujet, l'alcool les englobe tous, les efface, réalisant ainsi une incroyable économie psychique. L'objet, quelles que soient ses qualités, est condamné à un investissement négatif (projection de la haine de l'incomplétude) qui cherche à se débarrasser de sa partie clivée en liant enfin les excitations traumatiques internes.

L'alcool donne l'illusion d'y parvenir, les conflits semblent résolus, la tension diminue. Les deux parties clivées deviennent complices... La zone non alcoolique se voit déchargée d'une multitude de conflits insolubles (perte, angoisse...) « *Le secteur clivé trouve son représentant extérieur et n'aura plus qu'à l'incorporer (...) puisqu'il n'est pas introjectable* ». Cet équilibre, pourtant précaire, expliquerait les difficultés du sujet à s'engager dans le sevrage : le secteur non alcoolique, conscient de la nécessité de la cure, devrait, en effet, accepter tout ce que le secteur alcoolique lui permet justement d'éviter.

En conclusion Mijolla & Shentoub (1973) situent la faille de l'alcoolique dans les stades précoces du développement. Or, ils n'en précisent pas vraiment la nature, la spécificité... masquée, semble-t-il par le voile de l'extrême archaïcité. Ces avancées aboutissent à une représentation du psychisme de l'alcoolique comme fondamentalement clivée. Ce psychisme fluide nécessite le recours à un contenant. Les auteurs évoquent cette notion essentielle, sans la développer... Monjauze (2000) a critiqué cette vision, dans la mesure où elle concourt à faire de l'alcoolique le simple reflet de notre normalité, du fait de la « *nécessité de protéger notre intégrité des dérives de la fête, (...) dans lesquels notre part alcoolique se déverse* ». De la même manière, bien que reconnaissant l'importance du corps, Monjauze (2000) remarque que « *l'hypothèse de Mijolla & Shentoub, concernant les zones corporelles non symbolisées chez l'alcoolique, doit être élargie à celle d'un trouble de la projection psychique de l'organisation des zones corporelles entre elles et même de leur différenciation la plus primitive, faute d'érogénéisation* » ; c'est, en quelque sorte, ce à quoi elle va s'atteler...

5.1.5. « *La part alcoolique du Soi* », Michèle Monjauze (1991-2001) :

Monjauze (1999) définit l'alcoolisme comme « *un type de personnalité marqué par une faille psychique précoce telle qu'elle entraîne à plus ou moins long terme la nécessité impérieuse et irréprensible de boire de l'alcool ou la contrainte d'exercer vis-à-vis de la consommation d'alcool une exclusion radicale* ». L'auteur insiste sur l'**extrême archaïcité du noyau pathogène**, beaucoup plus primitif que ne le laisse entrevoir l'illusion de normalité véhiculée par les sujets alcooliques. En suivant Ferenczi (1911b), elle réaffirme que c'est ce noyau qui conditionne de manière spécifique la future rencontre avec l'alcool, devenu alors la seule réponse adéquate à la souffrance psychique.

Cette faille est à rechercher dans les **insuffisances de la fonction maternelle primaire**, dans un environnement défavorable. Dans le sens du « **trop peu** » (violence, rejet, abandon...) ; le sujet aurait été désillusionné de manière prématurée, alors que ses assises narcissiques ne sont pas encore consolidées. Il en résulte une rencontre avec le Non Moi vécu comme frustrant voire persécuteur, annihilant l'illusion d'omnipotence. Dans le sens du « **trop** », la désillusion n'est, pour ainsi dire, jamais advenue, d'où un défaut d'introjection de l'objet maternel, et un besoin constant de retrouver dans le réel, l'élément fantasmatique absent. Dans les deux cas, les sujets se trouvent dénués de protections psychiques efficaces contre la survenue de l'angoisse, ils sont donc plus vulnérables aux avatars de l'existence.

Parents eux-mêmes alcooliques, donc vacillants, ballotage, surprotection, violence ou encore administration culturelle de l'alcool... ont fait que, « *le nouveau-né futur alcoolique aurait subi de manière excessive les terreurs de chute et de décrochement* » (Monjauze, 1991). Le Soi des personnes alcooliques se serait ainsi développé sur un support instable, « *Soi-support-mouvant* », sans solidité, l'obligeant à conserver le réflexe d'agrippement, dans la mesure où « *le Soi est, dans cette chute, indistinct du support auquel il est collé et qui tombe avec lui* » (Monjauze, 1991). Cette inconstance aurait empêché le processus de séparation/individuation tant il est vital de « *s'accrocher sans décrocher* ».

Cette insécurité du portage peut être assimilée aux faillites du « holding » et du « handling ». Sans rattacher les conséquences de ce ratage à l'alcoolisme, Winnicott (1951) note qu'il provoquerait des « *angoisses disséquantes primitives* », dont une angoisse d'effondrement.

Il en résulte chez le sujet alcoolique, au-delà du décrochement, une **angoisse** spécifique de **chute sans fin**. En effet, le décrochage supposerait que le support soit suffisamment solide pour permettre un possible rattrapage. Au contraire, « *les images de chute, dans les propos des alcooliques, semblent recouvrir une angoisse de disparition radicale* » (Monjauze, 1991).

En conséquence, les mouvements de chute seraient surinvestis. Ils trouvent leur réalité dans le « **titubement** » qui permettrait l'évitement d'un effondrement définitif. Ainsi, les effets de l'alcool reproduiraient l'insécurité du maintien en écho au portage vacillant vécu. « *L'alcoolisation serait une tentative de maîtriser la trajectoire folle du Soi et du support indissociable, ou bien un moyen d'aller directement à l'anéantissement pour interrompre la quête sans fin d'un support immobile* » (Monjauze, 1991). Le verre, la bouteille, en tant qu'objets durs, contenant, figureraient dans leur tenue toujours retenue, le souvenir de cet accrochage primitif dans une remise en scène du traumatisme initial. En même temps, leur contenant, l'alcool, par ses effets, rejoue l'instabilité du « *soi-support-mouvant* ».

Monjauze (1991-2001) avance que la fragilité du support aurait prolongé voire établi la phase du « *psychisme liquide* », postulée à partir des études sur l'autisme. Ainsi, l'angoisse de chute serait liée à une « *angoisse d'écoulement, d'épandage* » d'un liquide sans contenant. Deux interprétations de l'ivresse sont possibles : soit elle concourt à une recherche échouée de solidité ; soit elle induit une régression plus profonde vers l'état gazeux du psychisme.

Par ailleurs, les personnes alcooliques n'auraient pas fait l'expérience du sec garantissant la différenciation Soi/non-Soi et la constitution de la peau (psychique). En effet, en cas de négligence, les couches non changées perpétuent le bain utérin tout en créant « *des atteintes de la peau, des brûlures qui empêchent probablement l'érogénéisation du contact* » (Monjauze, 1991). Cette expérience de l'humide pourrait expliquer le mélange des liquides que revit le sujet alcoolique, illustrant par ailleurs ce vidage... « *L'alcoolisation reproduit le bain dans les liquides biologiques* » (Monjauze, 1991). De même, les soins corporels contribuent à la différenciation entre les odeurs biologiques, celles de la mère et celles de l'enfant. Ici la **confusion** demeure, les sujets alcooliques souffriraient « *d'un bain olfactif indifférencié et donc non constitué en tant qu'enveloppe* » (Monjauze, 1991).

Le contenant maternel aurait donc fait défaut, contribuant à l'indifférenciation des sensations. Monjauze (1991-2001) partage les vues de Mijolla & Shentoub (1973), à propos du maintien de **zones corporelles restées inertes**. La mère n'aurait pas donné sens aux excitations corporelles. « *La faille représentative aurait alors une origine si précoce qu'elle serait plutôt attribuable à une insensibilité corporelle qu'à un acquis relationnel* » (Monjauze, 1999). De ce corps sans limite, éprouvé comme atone, il résulterait une **angoisse de non existence**.

L'intoxication alcoolique s'effectue en avalant un liquide par la bouche (premier réflexe auto-conservateur). Sa répétition nous signale l'absence de symbolisation de cette partie du corps. En effet, alors que l'orifice buccal représente la première zone érogène du nourrisson, l'**inertie** congénitale a empêché le « futur alcoolique » d'en tirer du plaisir, la satiété.

L'**érogénéisation orale a échoué** du fait de ratages dans le 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* » (Monjauze, 2001).

L'ensemble du corps alcoolique demeure non érogène, vide de représentations psychiques. Juxtaposition de collages absurdes où règne la confusion dehors/dedans, la porosité des limites d'une enveloppe psychique extrêmement fragile. Par conséquent, le **geste** de boire, l'alcool (comme substitut de l'objet du besoin, hors de la relation) sont surinvestis, car ce liquide « fait corps », (re)crée la bouche... « *L'alcoolique a besoin de retrouver le contact primitif sein-bouche qu'il a perdu de manière traumatique* » (Monjauze, 1991).

Cette avidité pour un liquide laisse supposer une **angoisse excessive de « dessiccation », d'assèchement**, liée au traumatisme de la naissance ; face à laquelle la préservation de l'humidité comme résurgence du bain utérin pourrait constituer une défense. Cette angoisse serait accrue par l'irrégularité des tétées ; elle-même, à l'origine d'une « *angoisse intense d'inanition* » (privation totale ou partielle d'aliments). Ainsi, la crainte de déshydratation et les carences alimentaires expliqueraient le **surinvestissement du réflexe de déglutition** et donc la consommation répétée d'alcool, « *le corps tout entier est une bouche avide de survie, sans pour autant qu'une libido orale se soit constituée* » (Monjauze, 1999).

Dans ce contexte de relation non signifiante à un sein peu rassurant, les objets n'ont pu prendre de place fixe les uns par rapport aux autres, irrépressiblement mouvants. La relation à la bouteille, sans cesse manipulée, pourrait signifier la recherche de la permanence des objets. « *La répétition du transport, de la cache et de la découverte, pourraient être le signe de traumatismes liés aussi bien au dépôt qu'au portage et au nourrissage* » (Monjauze, 1999).

Ces **traumatismes cumulatifs** ont abouti à l'absence d'intériorisation de l'objet maternel, d'où des **assises narcissiques instables**. La faille psychique a donc empêché l'acquisition de la fonction de représentation de manière fondamentale ou secondaire. Elle est doublement traumatique : par l'effraction de l'enveloppe psychique où l'activité de penser perturbée ne connaît plus d'écart avec le corporel ; et, par son caractère archaïque, préverbal. La pauvreté fantasmatique caractérisant la problématique alcoolique, témoigne de la violence des traumatismes subis, qui ne se conçoivent que dans un corps indifférencié du psychisme.

Dans l'évolution « normale », la vie fantasmatique, et la différenciation du psychique et du corporel, naissent de l'écart entre attente et satisfaction. Le processus alcoolique, par son origine archaïque, relève d'une **double confusion**, du côté de l'objet et du côté du sujet. Du côté de l'objet, l'alcool répond à une souffrance psychique par une **incorporation réelle**. Réponse du corps au corps, il témoigne de la confusion des registres psychique et corporel.

De plus, l'alcool, par ses effets, brouille les repères, les limites conduisant à une indifférenciation Moi/non-Moi. Dans ce sens, l'alcool est un objet ambigu, à la fois bon et mauvais. D'une part, il permet d'atteindre un idéal restaurant le bon objet, de l'autre, il active le mauvais objet. Amour et haine sont entremêlés, les confusions sont multiples (identité, filiation...). Ces confusions auraient valeur de défense contre l'angoisse de séparation.

L'indifférenciation a donc laissé l'activité de représentation aveugle, imposant comme seule réalité la perception. L'objet réel, pourtant surinvesti n'a pas de représentation fantasmatique, c'est pourquoi sa présence concrète dans la réalité est indispensable. « *L'alcoolique cherche un objet réel à investir, non pas de manière libidinale (la question n'est pas d'aimer mais d'exister), [mais] pour son aptitude à correspondre à la représentation la plus figurative dans sa détresse et ses défenses* » (Monjauze, 1991). L'alcool est à la fois un objet de survie très fort mais en même temps très pauvre. L'absorption répétée d'alcool procure un apaisement des angoisses archaïques, un sentiment de complétude et recrée l'illusion infantile de toute puissance. Or, les effets de l'ivresse s'estompent et le sujet revit la désillusion et la perte de son omnipotence, qui le menacent de destruction.

Ces considérations amènent Monjauze (1991-2001) à s'interroger sur le statut de « l'**objet-alcool** ». Elle rejette la fonction de fétiche et d'objet transitionnel. De même, il n'est pas un objet partiel qui, fantasmatique, subit les transformations du bon et du mauvais objet par le jeu de la projection/introjection. Au contraire, l'alcool signe l'échec de la représentation fantasmatique du manque et du contenant. Ainsi, l'alcool serait plutôt un **objet de perception**, en tant que son absence génère une angoisse insupportable.

L'alcool n'est pas non plus un objet du besoin (objet des pulsions d'autoconservation nécessaire à la survie physique, étai des pulsions sexuelles), qui permet l'émergence du fantasme par l'écart entre besoin et désir. En effet, l'alcool fait coller envie et fantasme, il cherche à résoudre immédiatement un malaise psycho-corporel, répondant plutôt à un besoin d'« autoconservation psychique ». L'alcool ne peut s'apparenter à un objet libidinal, qui implique un investissement affectif, une introjection, rendant inutile sa présence concrète dans la réalité. Au contraire, l'alcool n'est pas représenté en son absence, puisqu'il n'est pas investi fantasmatiquement. C'est pourquoi sa présence réelle est nécessaire. Certes, l'alcool est, dans une certaine mesure, un objet usuel « *mais il n'a pas le pouvoir fantasmatique considérable d'un objet primitif non intégré en représentation et seul capable de répondre à la détresse somato-psychique* » (Monjauze, 1999). Ainsi, selon cette auteure, l'objet-alcool se rapprocherait davantage de l'**objet autistique**. Comme ce dernier, l'alcool ne représente pas l'objet absent mais le remplace, dans le but d'appliquer un marquage corporel.

L'objet-alcool est donc un objet paradoxal : objet réel, irréprésentable et fantasmatique à la fois. « *La réalité de l'objet est très fortement imprégnée du fantasme que cet objet est le seul à pouvoir répondre au manque psychique. Mais l'objet n'a pas de représentation fantasmatique pour autant* » (Monjauze, 1999). Ces caractéristiques relèvent une confusion fondamentale l'excluant de la sphère de l'objet, au sens psychanalytique du terme. Alcool qui disparaît sans cesse et verre toujours présent, « *l'ensemble constitue un collage permanent de contraires obturant tout travail psychique de la séparation* » (Monjauze, 1999).

Par ailleurs, les failles dans l'activité fantasmatique ont plusieurs conséquences. L'environnement n'est pas suffisamment stable pour s'ordonner de manière cohérente. L'espace (notamment la troisième dimension) et le temps restent difficilement appréhendables. Alors que la perception du futur assure la continuité de notre vie psychique, la personne alcoolique saisit « *l'avenir en instant* », un passé toujours le même. La logique temporelle est altérée, le temps télescopé.

Par ailleurs, l'objet, non intériorisé, est indispensable dans la réalité. L'absence est un vide qui peut s'étendre à un vide affectif : si l'autre disparaît, le sujet alcoolique, incapable de se le représenter, risque de s'effacer avec lui. Ce défaut génère un malaise diffus de peur sans objet. « *Il existe vraisemblablement une angoisse de non représentation, une angoisse du vide psychique* » (Monjauze, 1999).

Ce phénomène, rencontré lors de tous passages à l'entre deux, réactiverait les angoisses de chute. Ainsi, la différence est insupportable et « *le changement n'est toléré que s'il s'inscrit dans l'engrenage circulaire de la routine* » (Monjauze, 1991). La personne alcoolique semble se dissoudre dans la recherche du semblable, du commun... Pour ces raisons, le **deuil**, qui implique un remaniement psychique, est impossible. Les sujets entretiennent l'illusion de la présence dans la réalité de l'objet perdu. Lorsqu'ils « *évoquent le deuil, il semble qu'ils présentent l'incorporation de l'image, non du disparu, mais du cadavre* » (Monjauze, 1999).

L'enfance des sujets alcooliques serait donc marquée par un sentiment d'impuissance face à un environnement persécuteur. Selon Monjauze (1999), l'**identité** alcoolique se développe selon une double contrainte « *exister, c'est être la cible, c'est être menacé de disparaître* ». La violence, les moqueries ou le mépris de l'entourage ont fondé une identité mortifère, « *excrémentielle* », engendrant la honte d'exister. La honte se distingue de la culpabilité, qui implique une responsabilité relationnelle. Elle implique la découverte par le regard de l'autre (ou par la partie non alcoolique du Soi) d'un stigmatisme qui nous échappe et qui se voudrait cacher. La honte ne quittera jamais l'alcoolique, elle est liée à la régression déshumanisante du processus alcoolique.

« *Le retour par l'alcoolisation à un Soi liquide n'est peut-être pas étranger au malaise lié à un contenant corporel qui fuit, sans sphincter protecteur alors que l'environnement demande une contenance (...) Ce qui fait honte c'est l'animalité du processus régressif alcoolique et l'impuissance du sujet à l'endiguer* » (Monjauze, 1999).

Dans ce contexte troublé, pour Monjauze (1991-2001), dans la lignée de Fenichel (1945), l'alcoolisme, en tant qu'actes impulsifs répétés, figurerait une **tentative de maîtrise des expériences traumatiques non liées**. L'alcool est reconnu par le sujet comme adéquat à sa souffrance, il se pose à la fois comme restitution de la faille précoce et défense contre celle-ci. Ainsi, en même temps qu'il apaise les angoisses archaïques (chute, épandage...), il les entretient, ce qui rend caduc tout travail d'élaboration.

Nous trouvons ici l'idée d'un « **traumatisme-écran** » qui vient obturer le vide de représentation provoqué par le traumatisme primitif, en même temps qu'il restitue celui-ci.

Le sujet alcoolique chercherait donc à (re)mettre en scène, par cette réponse archaïque quasi réflexe, ses traumatismes précoces, comme autant de dangers de mort, dans le but d'en triompher, d'y survivre. Or, le sujet en sort rarement vainqueur, l'alcool noie tout : « *agressivité, angoisses et finalement l'acteur lui-même finissent par être liquidés* » (Monjauze, 1991).

Le choix de l'alcool donne donc des informations sur la nature de la faille primitive qu'il vient colmater. C'est ainsi que Monjauze (1991-2001) explique les différentes manières de boire et les **différents types d'alcoolisme** : chaque sujet alcoolique va chercher à revivre ses traumatismes spécifiques. Cette explication ne nous semble pas pleinement satisfaisante... qu'en est-il alors de la spécificité alcoolique qu'elle tente de mettre en exergue ?

La problématique alcoolique apparaît donc comme **préverbale**. A cet égard, Monjauze (1991) rapproche l'alcoolodépendance de l'**autisme** : « *comme pour les autistes, l'absence est un trou pour les alcooliques, dans lequel le Soi sans contenant disparaît avec l'objet dont il ne se distingue pas* ». De même, l'alcoolisation produit des **sensations auto-induites**, dans cette recherche mécanique de liquéfaction, de régression vers la confusion Soi/non-Soi. Ces mouvements représentent un équivalent de **masturbation sans fantasme**, proche de la quête autistique. Dans ce sens, les personnes alcooliques auraient connu une phase autistique prolongée, expliquant les dysfonctionnements précoces dans l'activité de représentation et les paniques lors des changements dans l'environnement immédiat. L'alcool provoque une régression à un état autistique de non imaginaire et d'impossible penser ; vers un tout homogène, où la sensation (auto-induite) ne distingue pas la main de l'objet, « *objet dur et main sont indifférenciés et inséparables analogues à celle de l'objet autistique* » (Monjauze, 1999).

Cette assimilation de la solidité du contenant à la fluidité du contenu pallie l'angoisse de disparition par écoulement. « *L'alcool et le récipient qui le contient représentent (...) une confusion autistique (main-verre) et une confusion spécifiquement alcoolique (alcool bon-mauvais)* » (Monjauze, 1999). Porter un verre à la bouche c'est dresser un bouclier protecteur contre ce liquide impalpable sans cesse absorbé et renouvelé. Le geste crée l'enveloppe, « *il mettrait en scène l'angoisse de disparition (le liquide s'engloutit) et sa défense, s'agripper à un objet dur et contenant* » (Monjauze, 1999). La nécessité d'un contenant externe signe la menace de liquéfaction dont la psyché est la proie.

Ainsi, la part alcoolique du Soi émanerait de la résurgence d'une « **entrave autistique** » de spécificité alcoolique, plus ou moins développée selon les sujets. Monjauze (1991-2001) se représente le psychisme de l'alcoolique comme un liquide insaisissable, toujours menacé de disparaître par écoulement ou évaporation. « *L'alcool est un miroir du soi ambigu et par ailleurs évanescence un soi liquide* » (Monjauze, 1999). L'alcool correspond au Soi liquide du sujet en tant qu'il reflète un contenu psychique sans contenant dont seul la continuité d'un flot incessant, répétitivement entretenu peut assurer l'existence. L'alcool « *donne des sensations (...) il calme et entretient l'angoisse à la fois, il est tout puissant comme l'imgo maternelle. Toujours présent, il disparaît sans cesse (...)* » (Monjauze, 1991). Comme l'avait souligné Mijolla & Shentoub (1973), l'alcool offre une ébauche de représentation au Soi de l'alcoolique, jusqu'alors caché faute d'un regard maternel signifiant.

Or, en dépit de ces failles, la personne alcoolique parvient à se maintenir et donner l'illusion de normalité. Elle mobilise des défenses plus efficaces que l'autiste. La **métonymie** échafaude une représentation corporelle minimale permettant d'échapper au morcellement, par juxtaposition d'organes interchangeable. Les **associations par contigüité** offre une certaine tenue au discours de la personne alcoolique, ou tout du moins une direction. Cependant, pour Monjauze (1991), l'alcool ne vient pas boucher un trou dans le signifiant. Elle souligne, en effet, qu'« *un tiers a joué un rôle dans la psychogenèse de l'organisation, aurait pris lieu, dans la référence faite par la Mère, au corps social au lieu du Père* ». Ainsi, ce serait plutôt le **social** qui jouerait ce rôle d'organisateur. C'est pourquoi, le discours des sujets est orienté par les « **contenants sociaux** » (travail, famille...), « *comme si la psyché liquide était absorbée par un contenant-éponge provisoire fournit par l'institution* » (Monjauze, 1999). Les sujets alcooliques présentent notamment une **identification adhésive** au groupe (de « **beuverie** », néphaliste...) qui annule, conjure la différence mortifère, et leur permet de rester adaptés, dans une norme d'apparence. Il offre des points d'accrochage, sinon d'ancrage, essentiels à la survie psychique de ces sujets.

« *L'hypothèse d'un recours à l'étayage groupal précoce se relie à celle d'un fonctionnement prévalent (...) de l'imitation et de la pseudo-identification de proximité* » (Monjauze, 1991). L'assimilation à un groupe de semblable offre une « *pseudo-identité sans séparation* ». Le **tiers institutionnel** est donc perçu comme un cocon protecteur.

En outre, l'alcool, par son mode d'absorption et sa fonction, est interprété par Monjauze (1991) comme une véritable « *une machine à tenir* », étayée sur la décharge motrice primitive qui, perpétuellement entretenue, pallie la liquéfaction. « *La machine à tenir est un compact qui inclut le Soi, corporel et psychique, et l'objet réel, l'outil ou le verre* ». La peau psychique des sujets alcooliques étant défaillante quant à sa fonction de pare-excitation, l'objet réel structure une « **enveloppe machinique** » en créant des zones de solidification orientée par adhérence aux contenants socialisés. « *L'objet réel, mû en engrenage mécanique, tente de fixer le Soi-support-mouvant en le transformant en Soi-objet réel-tournant* » (Monjauze, 1991). La machine s'apparente donc à une défense, une **prothèse** qui mime une sphère circulaire et protectrice où, mis en rotation, les objets occupent enfin l'espace.

A nouveau, Monjauze (1991-2001) établit un parallèle avec le fonctionnement autistique, en rappelant la fascination des sujets alcooliques pour les mécaniques rotatives. Contrairement à la machine autistique, la **machine alcoolique** réalise un collage entre le Soi psychique et corporel, l'objet réel et le contenant social, permettant la confrontation au Soi liquide, de manière non angoissante. Or, cet engrenage est fragile, la machine peut être défectueuse, enrayée par les débordements de l'alcool. Au lieu de contribuer à une tenue artificielle du corps et de la psyché, son défaut d'insertion dans le social, ne provoque que l'éclatement.

Enfin, comme Mijolla & Shentoub (1973), Monjauze (1991-2001) postule un **clivage** entre la part alcoolique du Soi et la partie « non malade ». Selon cette auteure, ce clivage n'apparaît pas d'emblée. Cependant, lorsqu'il est mis en place, ces deux parties agissent soit en parallèle, ou, au contraire ensemble. La zone non alcoolique va protéger le Soi alcoolique voire favoriser son développement, car il libère la psyché de multiples conflits, de la perte, de l'angoisse... permettant un certain équilibre. L'idée d'une « association » entre les deux zones nous semble incompatible avec la césure qu'implique le clivage. N'est-ce pas au moment de l'abstinence que l'authentique clivage va s'opérer ? En effet, selon Monjauze (1991), la seule solution pour préserver la zone saine est la « coupure » définitive avec la part alcoolique...

En dépit d'une description complète et cohérente de la psychogenèse de l'alcoolisme, il paraît difficile à la lecture de Monjauze (1991-2001), de distinguer la faille primaire de son palliatif. Malgré une problématique archaïque, la spécificité alcoolique est que ces sujets parviennent à tenir une adaptation de surface, en adhérant notamment aux supports de l'environnement.

En **conclusion**, le point de vue psychodynamique situe l'origine de l'alcoolodépendance au stade précoce du développement : traumatisme, dominance du narcissisme primaire, raté du stade du Miroir ou de l'aire transitionnel... Ces considérations ne sont pas sans rappeler le « *défait fondamental* » décrit par Balint (1967), qui concourt à un fonctionnement plus primitif que le niveau œdipien. Il se caractérise par un accordage échoué dans l'amour qui unit l'enfant à son environnement (d'où la quête de relation duelle a-conflictuelle et d'étayage auprès d'un autre semblable et la primauté de l'agir en lieu et place de la mentalisation), et d'un trouble dans la constitution du narcissisme (d'où la recherche de prothèses externes pour pallier l'absence d'intériorisation de l'objet et colmater les failles de l'enveloppe corporelle et psychique). La force qui opère n'est pas celle d'un conflit mais d'un défaut ressenti en soi, d'un élément manquant maintenant et depuis toujours, d'une déformation (quelqu'un, quelque chose a fait défaut ou a été en défaut avec lui). Dans le cas de l'alcoolisme, l'alcool réduirait l'écart entre l'idéal de satisfaction et les frustrations, il crée un accord parfait.

Par ailleurs, Nougé (2004) approche les similitudes des écrits psychanalytiques en fonction des trois registres, réel, imaginaire et symbolique. Du réel... un traumatisme corporel précoce aurait abouti à fragiliser les enveloppes corporelles et psychiques. De l'imaginaire... une faille narcissique primaire aurait produit une image spéculaire non unifiée et l'indifférenciation des zones corporelles. Du symbolique... l'accès à la Loi dans le désir de l'Autre parental est barré avec l'inscription dans la filiation maternelle contrastant avec le défaut de fonction paternelle.

Nous pouvons regretter, dans ces travaux, qu'aucune différenciation entre la genèse du sujet alcoolique chronique et intermittent ne soit établie. Descombey (1994) propose une description des caractéristiques psychodynamiques des « alcoolites » (difficultés narcissiques et identitaires ; auto-érotisme partiel à partir d'objet partiel ; économie libidinale précaire...) mais sans avancer celles des « alcooloses ». Ces hypothèses concernent-elles les personnes alcooliques en général, les alcooliques chroniques... ? Mais qu'en est-il alors des alcooliques intermittents ? L'ontogenèse amenant à ces deux conduites est-elle pour autant similaire ?

Ce voyage aux origines nous conduit à nous interroger sur l'organisation de la personnalité des sujets alcooliques. En effet, même si les auteurs font consensus autour de l'idée d'une faille précoce, ils n'en tirent pas les mêmes conclusions quant à la structure sous-jacente.

5.2. La perspective structurale.

*« Il faut être toujours ivre, tout est là, c'est l'unique question.
Pour ne pas sentir l'horrible fardeau du temps qui brise vos épaules
et vous penche vers la terre, il faut vous enivrer sans trêve.
Mais de quoi ? De vin, de poésie, ou de vertu à votre guise,
Mais enivrez-vous ! »*

Charles Baudelaire (1864) « Enivrez-vous »

En référence aux travaux de Bergeret (1974-1996), la structure psychique s'établit *« peu à peu, à partir de la naissance (et sans doute avant), en fonction de l'hérédité pour certains facteurs, mais surtout du mode de relation aux parents dès les tout premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des défenses organisées par le Moi pour résister aux poussées internes et externes et des pulsions du Ça et de la réalité, peu à peu le psychisme individuel s'organise, se "cristallise", tout comme le cristal minéral, avec des lignes de clivage ne pouvant plus varier par la suite »*. La structure correspond donc à un mode d'organisation permanent caractérisé par un ensemble d'éléments stables, fixes et irréversibles (type d'angoisse, relation d'objet, défenses...), dont les deux modèles sont représentés par les structures névrotique et psychotique.

En revanche, le terme d'«organisation» est plus adapté au registre limite, car il ne possède pas de stabilité constitutionnelle, il s'agirait plutôt d'une « a-structure ». Il possède des aspects dépressifs et/ou phobiques, des aménagements dérivés de la perversion ou du caractère, et, selon les avatars de l'existence, peut emprunter des caractéristiques de l'une ou l'autre des deux grandes structures, ou se cristalliser définitivement sur l'une d'elle.

Nous reviendrons sur les caractéristiques métapsychologiques de ces organisations dans chacune des sous parties, en se référant aux avancées de Bergeret (1974-1996). Par souci de clarté, nous les présenterons sous forme d'un tableau récapitulatif.

Si, comme nous l'avons vu, les auteurs font consensus autour d'une faille précoce à l'origine de l'alcoolisme, leurs hypothèses quant à la structure sous jacente sont parfois contrastées. Les premiers écrits psychanalytiques sont particulièrement révélateurs de la difficulté à déterminer une organisation de la personnalité alcoolique précise... tantôt liée à la névrose, la perversion, la mélancolie voire la paranoïa...

En dépit de l'affinement des conceptions, ces incertitudes perdurent, et l'alcoolisme continue d'être expliqué en référence à la névrose (plus rare... Melman, 1972...), à la psychose (Monjauze, 1991...) ou aux registres limites (Gomez, 1993...), de sorte que pour d'autres auteurs (Descombey, 1985 ; Devillières, 1993...), il n'existe pas d'organisation de la personnalité spécifique à la problématique alcoolique.

En tenant compte de ces difficultés à situer l'alcoolisme dans une perspective structurale, nous aborderons successivement les arguments en faveur et à l'encontre des organisations névrotique, psychotique, et enfin limite (dont aménagement pervers) sous jacentes.

5.2.1. Les données en faveur d'un mode de structuration névrotique :

Rappelons que la **structure névrotique** concerne une organisation fantasmatique centrée autour du complexe d'Œdipe et le respect du principe de réalité.

Tableau 1 : Caractéristiques métapsychologiques de la structure névrotique Bergeret (1974-1985)

Instance dominante	Surmoi
Nature de l'angoisse	Angoisse de castration (privation du plaisir génital, interdit instaurant la différence des sexes, des générations qui font barrage à la pulsion)
Nature du conflit	Exigences pulsionnelles du Ça, contraintes morales du Surmoi et Réalité, médiatisé par le Moi
Relation d'objet	Génitale : $1 + 1 = 3$ Relation proximale (dans une dynamique d'opposition et/ou de séduction) tout en ayant une existence propre et distinct du Moi
Niveau de régression	Accès à la problématique génitale Structure obsessionnelle : régression du Surmoi (mais pas du Moi), vers le 2 ^{ème} sous stade anal Structure hystérique : fixation phallique narcissique et orale
Mécanismes de défense	Refoulement (notamment des désirs génitaux) Structure obsessionnelle : isolation, intellectualisation, formation réactionnelle... Structure hystérique : conversion...
Mode de libération des tensions	Dominance des processus secondaires (symbolisation de l'agressivité et du sexuel, notamment du féminin... de la différence des sexes et de la bisexualité, travail d'élaboration psychique) ; Mise en place du symptôme

Freud (1888), considérait initialement la consommation d'alcool comme un facteur précipitant la crise d'hystérie. Plus tard (1896), il décrira l'abus d'alcool comme un symptôme secondaire, lié à la névrose obsessionnelle. Il naît de la lutte du moi contre la culpabilité, comme déplacement de la compulsion idéique de l'obsession sur une pulsion motrice, dans le but d'anesthésier le déplaisir éprouvé dans les auto-reproches. Ainsi situer dans le champ des névroses, « *il s'agit de pulsions, on pourrait dire plutôt de compulsions substitutives d'une pulsion sexuelle associée et par conséquent réprimée* » (Mijolla & Shentoub, 1973).

Rappelons que l'alcoolisation est ici posée comme substitut masturbatoire. D'ailleurs, Abraham (1908) note que le névrosé se bat pour ses symptômes car ils s'érigent en tant qu'activité sexuelle, c'est pour ces mêmes raisons que l'alcoolique défend son addiction... Cependant, selon Ferenczi (1911), l'alcoolisme serait une conséquence de la névrose et non la cause. En ce sens, l'alcoolisme (ou plus précisément l'ivresse) entraînerait une libération des complexes qui améliorerait la condition névrotique...

Ainsi, l'idée d'une organisation névrotique sous jacente est principalement soutenue par les premières hypothèses explicatives de l'alcoolisme en termes de primauté orale.

C'est d'ailleurs cette prévalence de la fixation orale, qui conduit Melman (1972) à présumer la personnalité alcoolique comme hystérique, en dépit de l'évocation de traits pervers.

Plus récemment, Guiter (2004 ; 2006) avance que la personnalité pré-alcoolique relèverait de la névrose obsessionnelle (aménagement pervers cependant), entendue comme maladie du langage ou du tabou, en tant que l'acte de boire s'impose comme « *un rite expiatoire d'une transgression imaginaire* ». L'auteur invoque à la faveur de cette hypothèse, la culpabilité permanente de l'alcoolique : « *c'est parce que son désir est coupable qu'il boit, parce qu'il a bu qu'il se sent coupable (...) c'est la culpabilité comme signature de la castration qui entraîne vers les éthyls* ». Cette culpabilité serait sous-tendue par un conflit entre les instances, plutôt qu'à un clivage traditionnellement reconnu chez le sujet alcoolique.

Cependant, certains auteurs ont vivement critiqué ces hypothèses.

Clavreul (1959) différencie l'alcoolique de l'hystérique. Si l'hystérique se réfère au théâtre, la scène de l'alcoolique c'est le cirque... dimensions tragi-comiques inquiétantes car proches de la condition humaine... « *L'alcoolique fait corps avec son personnage et la mise en scène a pour but de le désigner comme pure comédie, comme farce grotesque ce qui est ressenti par tous et par lui-même comme tragique* ». Loin de culpabiliser, l'alcoolique héroïse ses exploits, sa consommation, et se complait dans le scandale, il est « obscène » (dans le sens « se mettre sur le devant de la scène »). Ainsi, l'argument de la culpabilité ne tient pas. Il s'agirait plutôt d'effondrement dans la honte selon Descombey (1985).

Contrairement à l'hystérique qui souffre de ses réminiscences, la personne alcoolique pâtit d'une « hypermnésie » rendant inaccessible le refoulement. Le sujet alcoolique reste hanté par « *la présence vivante et obsédante d'un passé toujours actuel* » (Pelicier, 1984).

D'ailleurs, si nous suivons l'idée d'un « défaut fondamental » (Balint, 1968) caractérisant la personnalité alcoolique, l'hypothèse d'une structure névrotique s'effondre. Rappelons que cette zone du psychisme, hypertrophiée chez ces sujets, se définit par un fonctionnement plus rudimentaire que le niveau œdipien, et est animée de forces n'émanant pas d'un conflit.

Selon Descombey (2004) « *il est [donc] important de sortir des théories " bouée de sauvetage " issues de la problématique névrotique (oralité, homosexualité, castration, Œdipe...)* ». D'autant que, pour cet auteur, l'alcoolisme n'a pas la structure de compromis du symptôme névrotique. Il s'agirait plutôt d'un « **acte-symptôme** », selon la terminologie de Mc Dougall (1978). Nous reviendrons en conclusion sur cette définition.

Néanmoins, des zones névrotiques peuvent subsister dans la personnalité alcoolique (Lasselín, 1979...), oscillant entre un fonctionnement opératoire et névrotique ordinaire. Mijolla & Shentoub (1973) ont, en effet, avancé un clivage entre une zone alcoolique et une zone non alcoolique. Cette dernière se rapprocherait d'un fonctionnement névrotique, ou plutôt « pseudo-névrotique ». En revanche, la zone alcoolique serait beaucoup plus archaïque... côtoyant parfois le registre psychotique... A ce propos, Pellet & Cottraux (1972) notent que « *le sujet alcoolique peut apparaître comme ayant un fonctionnement névrotique à jeun et psychotique dans l'ivresse* ». En suivant ces auteurs, nous allons explorer les arguments en faveur de la structure psychotique.

5.2.2. Les données en faveur d'un mode de structuration psychotique :

La **structure psychotique** est marquée par une indifférenciation Moi/non-Moi et un retrait des investissements objectaux sur le Moi (prévalence du narcissisme primaire).

Tableau 2 : Caractéristiques métapsychologiques de la structure psychotique Bergeret (1974-1985)

Instance dominante	Ça
Nature de l'angoisse	Angoisse de morcellement et/ou de destruction (le sujet lutte pour son intégrité)
Nature du conflit	Ça et Réalité (le Moi non différencié du non Moi s'en trouve exclu)
Relation d'objet	Fusionnelle : $1 + 1 = 1$ Désinvestissement de l'objet ; création d'une néo-réalité et/ou primat de la destruction
Niveau de régression	Prégénital ; désintrinsication des pulsions sexuelles et agressives
Mécanismes de défense	Déni de la réalité, projection, clivage du Moi
Mode de libération des tensions	Dominance des processus primaires Délire

Pellet & Cottraux (1972) ont interrogé le statut de l'alcoolisme vis-à-vis du noyau psychotique (centre primitif de la personnalité autour duquel se construit la structure). En effet, le « mouvement » alcoolique s'élabore selon un cercle vicieux, de l'alcoolisation, provoquant une perte du Surmoi et une manie artificielle ; à l'« abstinence », révélant des épisodes dépressifs périodiques. Cette alternance rappelle le processus maniaco-dépressif. Plusieurs auteurs ont relevé des observations similaires (Fenichel, 1945 ; Simmel, 1949...). Freud, dès 1915, relie la manie, l'humour et l'alcoolisme. Kielholz (1924) souligne que les phases d'alcoolisation pourraient correspondre à une « élation maniaque » où la pulsion de mort est tournée vers l'extérieur et le sadisme mis en acte. En revanche, l'état post intoxication est qualifié par l'auteur, de « mélancolie alcoolique », dans le sens où le clivage entre le Moi Idéal et le Moi conduit la pulsion de mort à se retourner contre le Moi du sujet.

A la suite de Simmel (1949), Pellet & Cottraux (1972) notent que la « manie artificielle » induite par l'alcool est différente de la manie classique, « elle n'aide pas le sujet à trouver sa voie vers les objets mais remplace ceux-ci contre qui l'agression était dirigée au début ».

Par ailleurs, les pères de la psychanalyse ont rapproché le délire de jalousie alcoolique et la paranoïa. Selon Pellet & Cottraux (1972), sans être une véritable paranoïa, l'alcoolisme serait « un moyen désespéré de rester en harmonie avec l'environnement, cette recherche de l'accord parfait amenant à boire de plus en plus. Et toute intrusion dans ce monde est vécue comme persécutoire ». Ainsi, la réalité est supportée de manière régressive à travers le recours aux processus primaires (projection) et le refuge dans une fantasmagie archaïque. Ce « repli narcissique » aurait une valeur de « mécanisme de défense du Moi (protéger le Moi contre la réalité) et son caractère traumatique. ». Ces éléments nous semblent révéler des caractéristiques psychotiques plutôt secondaires aux effets de l'alcoolisation.

Monjauze (1991-2001) érige l'alcoolodépendance au rang de **psychose spécifique**, dite « **associative** », voire un moyen de s'auto-guérir d'une psychose... En effet, pour l'auteur (1991b) « la question alcoolique n'est pas de l'ordre du conflit libidinal, ni d'une souffrance liée à la perte de l'objet mais il s'agit de survivre psychiquement à un défaut fondamental de la constitution narcissique ». C'est pourquoi, elle critique l'apparentée de l'alcoolisme aux états limites ou comme secondaire aux diverses organisations de la personnalité.

Nous proposons d'observer dans le tableau suivant les différences établies par Monjauze (1999) entre psychose associative et dissociative.

Tableau 3 : Synthèse des caractéristiques de la psychose associative (alcoolisme) et dissociative

	PSYCHOSE ASSOCIATIVE	PSYCHOSE DISSOCIATIVE
Socialisation	Longtemps en phase avec l'environnement	En rupture avec l'environnement
Mécanismes de défense	Prise d'alcool compulsive	Projection délirante
Image du corps	Représentation métonymique, agglomérée	Représentation morcelée
Objet perçu	Salvateur	Bizarre et menaçant
Machines	Les sujets alcooliques s'y accrochent dans leur geste de boire et leurs activités	Au centre du délire
Relation d'objet, différenciation	Confusion Différence abordée et angoissante	Fusion Différence n'existe pas
Angoisse majeure	Chute, vidage, dessiccation	Morcellement
Tiers organisateur	Recours à des pseudo tiers institutionnels	Absent
Impact du fantasme de la scène primitive	Imaginaire cristallisé autour de la scène primitive agressive et meurtrière qui sous tend les « traumatismes écrans »	Vide représentatif concernant sa conception, forclusion

Dans la mesure où la problématique alcoolique est **préverbale** et inscrite dans les premiers temps du développement psychique, elle est toute aussi archaïque que la psychose dissociative. Cependant, si l'angoisse demeure primitive, elle ne renvoie pas au morcellement mais plutôt au **vidage** ; c'est pourquoi les défenses mises en place par le sujet alcoolique sont différentes de celles utilisées par le psychotique dissocié. Absurdités, liaisons incongrues et gratuites fondent, dans le discours alcoolique, ce système défensif basé sur l'**incohérence**.

Ainsi, le psychotique dissocié, face à l'angoisse de morcellement, ne possède pas de miroir de Soi qui lui permette, faute d'une image du Moi cohérente, d'obtenir une représentation rudimentaire de soi. Au contraire « à l'âge où le psychotique dissocié décompense, [l'alcoolique] 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 » (Monjauze, 1991).

Comme dans la psychose classique, la dimension paradoxale est présente. Or, le paradoxe ne vient pas de l'extérieur (« double contrainte » dans la schizophrénie par exemple) mais de l'intérieur, inhérent au fonctionnement de la part alcoolique du Soi. « *Le paradoxe est d'emblée dans la confusion besoin/fantasme qui rend le besoin impossible à assouvir et le fantasme impropre à la représentation* » (Monjauze, 1991). Ainsi, l'absence de représentation fantasmatique de l'objet alcool est compensée par l'acte de boire qui rejoue l'alternance entre présence de l'objet (verre plein) et disparition (verre vide).

Or, si, comme nous l'avons compris, l'alcool et le geste de boire permettent d'éviter la décompensation psychotique, comment expliquer les effondrements plutôt dépressifs observés lors du sevrage, lorsque cette mécanique est mise hors jeu ? L'image du corps agglomérée ne pourrait-elle pas être un premier pas vers l'unité, en tant qu'elle suppose des tentatives de lien ? Cependant c'est surtout le rôle de l'objet, reconnu ici (que ce soit l'alcool ou la place du tiers), qui nous semble justement éloigner la problématique alcoolique de la psychose...

Par ailleurs, Monjauze (1991-2001) effectue des rapprochements entre l'autisme et l'alcoolodépendance : résurgence de la phase liquide du psychisme, fascination pour les machines « tournantes », objet alcool comme objet autistique... Or, contrairement à l'autiste, le sujet alcoolique parviendrait à utiliser ce qui semble être ses fragilités pour mettre en place des défenses moins rudimentaires : appel au tiers et au contenant social.

Deswel (2002) poursuit cette hypothèse en soulignant que le sujet alcoolique boit pour fuir la réalité et se réfugier dans son monde, « *en altérant volontairement sa perception du réel [il] semble rechercher l'isolement d'un monde ressenti comme insatisfaisant, voire angoissant* ».

Ainsi, comme l'enfant autiste qui perd le contact avec le réel de par ses perceptions inhibées ou altérées, le sujet alcoolique va s'isoler de la réalité, modifier ses perceptions et ainsi recréer l'illusion infantile : il « refait le monde » au sens littéral.

Nous nous demandons si, au contraire, le sujet alcoolique ne cherche pas désespérément à faire partie de la réalité... « être comme tout le monde ». De plus, le sujet alcoolique altère-t-il véritablement sa perception du réel ? En effet, pour des personnes non alcooliques, l'alcool modifie effectivement les perceptions, mais qu'en est-il des sujets qui ne ressentent plus l'ivresse et qui ont besoin d'alcool pour se sentir « normal » ? Enfin, le but de cette altération de la réalité s'il y a, n'est pas tant de créer une néo-réalité que d'intégrer la réalité...

Enfin, Monjauze (1991, 1999, 2000), en observant la circularité du processus alcoolique, s'interroge : « *avons-nous là une création défensive propre à ces patients, qui serait d'organiser ce morcellement psychotique en giration [alors qu'elle a rejeté l'hypothèse du morcellement...], système propre à retenir la liquidité du Soi ? ou bien est-ce un "monde autistique tourbillonnant" qui s'est constitué à l'origine, comme pour les autistes, et que les alcooliques réussissent remarquablement à insérer dans un système tournant social ?* ». Dans les deux cas, l'alcoolodépendance apparaît comme une psychose « adaptée », adaptative.

Même si cette piste semble pertinente, il est prudent de considérer qu'il existe des sujets alcooliques ayant une structure névrotique et d'autres, psychotique. De même, certains sujets peuvent adopter un fonctionnement névrotique à jeun et psychotique dans l'ivresse.

Par ailleurs, depuis Glover (1928), les toxicomanies dont l'alcoolisme, seraient davantage considérées comme une **défense contre l'invasion psychotique**, une transition entre les phases psychotiques primitives et les phases psycho-névrotiques plus tardives, un compromis entre les processus projectifs et introjectifs.

Les travaux de Charles-Nicolas (1985) sur le concept d'ordalie, entendue comme lutte contre la décompensation psychotique, vont dans ce sens. Le psychotique, contrairement à l'ordalique « *n'interpelle pas le Tiers [ici Dieu] (...) ne laisse entendre aucune intentionnalité médiatrice* ». De plus, l'ordalie constitue paradoxalement une défense contre les pulsions (auto)destructrices, dans une perspective de restructuration. En ce sens, l'ordalie contribue à l'utilisation structurante de la pulsion de mort par le Moi : « *le flirt avec la mort et le recours direct à ce qui existait avant l'avant, témoignent d'une tentative active d'assumer la vie ; en éprouvant cette mort et résurrection, il réalise en quelque sorte son autoengendrement et accède à la totale indépendance* ». Or, force est de reconnaître que toutes les conduites alcooliques n'intègrent pas cette dimension...

En conclusion, Descombey (1987) nous propose certains arguments écartant l'hypothèse d'une organisation psychotique. En effet, chez les sujets alcooliques, nous retrouvons :

- Une **suradaptation à la réalité** plutôt qu'une perte de la réalité ;
- Une **difficulté à délirer** sauf sur la jalousie ;

Pellet & Cottraux (1972) avaient d'ailleurs souligné que les sujets alcooliques utilisent parfois la solution délirante sans s'y engager totalement.

- Un **rejet hors du psychisme des affects et des représentations**, plutôt qu'un déplacement par projection ;
- Un **temps télescopé** et non pas figé.

Pour cet auteur, le **clivage** et les **liens avec la pensée opératoire** demeurent les seuls critères d'homogénéité quel que soit le type d'alcoolisme.

Ainsi, l'hypothèse d'une structure psychotique paraît toute aussi tangente que celle d'une organisation névrotique. D'ailleurs, Pellet & Cottraux (1972) se demandent si les états-limites (ici entendus comme limite de la névrose et de la psychose) ne seraient pas un aménagement plus ou moins bien réussi d'une structure psychotique...

Cette question nous pousse à envisager un rapprochement entre l'alcoolodépendance et les états-limites.

5.2.3. Les données en faveur de l'organisation limite :

En dépit d'apports féconds autour de ce concept (Mc Dougall, 1982 ; Searles, 1994 ; Sztulman, 1994...), nous nous centrerons sur les travaux de Bergeret (1974-1985).

Selon cet auteur, le sujet « limite » est « *victime de carences de l'évolution structurelle* », (traumatisme précoce lié au narcissisme primaire), qui l'empêche d'acquérir une stabilité.

Traumatisme signifie ici « *un émoi pulsionnel survenu à moment donné du développement, moment où le sujet est trop désorganisé et/ou trop immature pour pouvoir l'intégrer, y faire face dans des conditions acceptables* » (Bergeret, 1974). La frustration engendrée demeure donc non symbolisable sur le plan mental, et va être vécue par le sujet comme une atteinte touchant son intégrité narcissique. Ce traumatisme aura pour effet de bloquer l'évolution psychique et libidinale du sujet, alors plongé dans une « pseudo-latence ». Cette phase prolongée va entraver l'accès à la problématique œdipienne, ce qui pourra entraîner, lors d'un second traumatisme désorganisateur, une régression prégénitale. Cet état précaire peut perdurer toute une vie ou évoluer vers une structure stable (névrose, psychose).

Tableau 4 : Caractéristiques métapsychologiques de l'organisation limite Bergeret (1974-1985)

Instance dominante	Idéal du moi resté immature donc puéril et grandiose Surmoi peu développé d'où tendance au passage à l'acte
Nature de l'angoisse	Angoisse dépressive de perte de l'objet d'amour et/ou d'abandon Incapacité à vivre sans cet objet (dépressivité)
Nature du conflit	Idéal du moi et Réalité / Idéal du moi et Ça Moi fragile, blessure narcissique
Relation d'objet	Anaclitique : $1 + 1 = 2$; Relation narcissique, en miroir en deçà de la triangulation Relation de dépendance avec des objets non différenciés sur le plan sexuel (absence d'altérité) Labilité des investissements
Niveau de régression	Précœdipien : absence d'épaisseur régressive suffisante pour offrir des paliers réorganisateur Les traumatismes, les pertes qui mettent en cause l'Idéal du Moi conduisent à une désorganisation qui touche la lignée narcissique. Ainsi les fragilités narcissique et identitaire seraient à l'origine des potentialités dépressives et de l'émergence de troubles psychotiques épisodiques
Mécanismes de défense	Polymorphisme des défenses, stables dans leur instabilité... Recours au comportement ; Identification Projective ; Clivage ; Idéalisation/Dévalorisation...
Mode de libération des tensions	Oscillation entre processus primaires et secondaires Conduite d'agir (« agit le conflit ») Somatisation

Pour des raisons historiques, nous aborderons en premier lieu l'**aménagement pervers** avant d'envisager le rapprochement possible entre personnalité limite et alcoolisme. Rappelons que les perversions s'originent dans le complexe d'Œdipe (issue possible), et dans la découverte de l'absence de pénis chez la femme, qui fait craindre la castration. Cette présence de l'absence sera refusée, et par là même le sexe féminin, désavoué. Un **clivage** va s'opérer : une part du Moi reconnaît la différence des sexes et la castration, l'autre la dénie. Ainsi, la perversion s'aménage sous le primat du pénis, en réalisant une fixation de la jouissance sur un objet imaginaire en lieu et place de la fonction phallique symbolique.

La prétendue **homosexualité latente** et les **tendances grégaires** de la personne alcoolique constitueraient une forme de perversion (Abraham, 1908 ; Freud, 1911...). Kielholz (1921) avance une primauté du narcissisme à travers lequel le sujet alcoolique cherche à revivre, auprès de ses proches, les flatteries de son enfance concernant ses organes génitaux et son intelligence. L'alcool, en levant les inhibitions et les sublimations, conduirait le sujet à régresser vers un état de pervers polymorphe, analogue à celui de l'enfant.

Guitier (2004, 2006), comme nous l'avons mentionné, a envisagé un aménagement pervers de la personnalité alcoolique. L'auteur souligne dans la constitution de l'alcoolisme la présence d'un traumatisme secondaire donnant son potentiel au traumatisme primaire.

« Le premier verre s'est présenté comme un trauma, (...) une effraction et qui soudainement coupe du monde ambiant, provoquant l'effroi de ne pas revenir du voyage » (Guitier, 2004). Nous retrouvons ici la description proposée par Bergeret (1974) à propos des états-limites.

La **désubjectivation**, au cœur de la perversion, est prégnante dans la problématique alcoolique, ne serait-ce qu'à travers la règle de l'anonymat exigée par les groupes néphalistes. Désaveu du Nom du Père où l'alcoolique, comme le pervers, n'admet pas le désir de la mère pour le père ou, en d'autres mots, que le désir soit soumis au désir de l'Autre, « *l'on ne désire que ce que l'on a pas et le manque évoque la castration et la castration la menace narcissique* ». La différence est crainte par le pervers tout autant que par le sujet alcoolique qui, à travers l'alcool, tente de communier avec l'humanité toute entière.

Par ailleurs, la perversion repose sur une identification passive, féminine, masochiste à l'objet de jouissance, saturant tout désir et favorisant le déni de la castration maternelle. De même, grâce à l'alcool, le sujet alcoolique tente de surmonter sa peur des femmes. Rappelons que Perrier (1975) a souligné le « *désir de fémeilisation passive* » du sujet alcoolique.

Selon Guiter (2004), la découverte de la différence des sexes serait marquée chez l'alcoolique par l'érection d'un **fétiche** désavouant la castration féminine. L'objet fétiche témoigne du clivage à l'œuvre dans la perversion : il est à la fois porteur de la reconnaissance et du déni de la castration (la perte de la réalité ne serait donc pas totale comme dans la psychose...). D'ailleurs ce clivage est inscrit comme une constante de la problématique alcoolique (Mijolla & Shentoub, 1973 ; Descombey (1987)...).

Plusieurs auteurs ont assimilé l'objet-alcool au fétiche (Migot & Maisondieu, 1986 ; Richard, 1989 ; Gantois-Semet, 2006...). En ce sens, l'enjeu de la conduite est la sauvegarde de l'identité, garantie par l'emprise sur l'objet externe, « *véritable substitut objectal qui possède des fonctions "anti-introjectives" pour éviter le processus d'intériorisation* » (Pardinielli & al., 1997), perçu comme menaçant du fait des assises narcissiques fragiles. Dans cette perspective, certains sujets addicts, tout comme les personnalités perverses, nourrissent des fantasmes d'auto-engendrement.

Enfin, Faoro-Kreit (1998) et Jonckheere (1998) nous montrent que la relation entre le sujet alcoolique et sa mère ressemble à celle que le pervers entretient avec la figure maternelle. En effet, l'enfant futur alcoolique est désigné comme celui qui soigne le narcissisme défaillant de sa mère, sans lui, elle s'effondre et il risque de disparaître avec elle...

A l'encontre de cette hypothèse d'une organisation perverse, Clavreul (1959) avance que « *c'est plutôt dans l'utilisation occasionnelle de l'alcool par le sujet normal que nous trouverions quelque chose qui ressemble à la perversion* ».

Mijolla & Shentoub (1973), Descombey (1987) ou encore Tisseron (1998) réfutent cette fonction de fétiche attribué à l'objet-alcool. Or, si l'alcool n'est pas un fétiche, peut-il soutenir une organisation perverse ?

Observons dès à présent ce qui justifie, de manière plus générale, l'hypothèse d'une **organisation limite** de la personnalité alcoolique.

Alors que le concept d'état-limite était encore inconnu, Glover (1932), en précurseur, décrivait les toxicomanies (dont l'alcoolisme) comme des états transitionnels entre les phases psychotiques archaïques et les phases névrotiques plus tardives. Des années plus tard, Mc Dougall (2004) souligne que l'addiction est une solution psychique différente de la résolution du conflit de la névrose et de la modification de la réalité de la psychose.

Dans la genèse de l'alcoolodépendance, Migot & Maisondieu (1986) observent que les sujets commencent fréquemment à boire à la suite d'un événement vécu de manière traumatique (deuil, séparation...). Selon ces auteurs, cet événement jouerait le rôle de **deuxième traumatisme désorganisateur** venant réactiver le traumatisme initial (perte de la mère ou doute quant à son amour) et remettant en cause l'équilibre narcissique de ces sujets.

Gomez (1993) relève qu'« *en dépit de la diversité de leur apparence, nos malades ont un air de famille qui va plus loin que leur appétence à l'alcool* ». Ces traits communs renvoient à la **dépendance** (au sens large) et à la **faible narcissique**, tous deux étant également caractéristiques de la personnalité limite. « *L'oralité est un premier marqueur, le plus évident peut-être le plus contestable. Le déficit narcissique, la tendance dépressive de fond (...) des sujets alcooliques évoquent les états-limites dépressifs* » (Gomez, 1993).

Nous l'avons vu, la **question du narcissisme** est au cœur de la problématique alcoolique. Moins « décomposé » que le psychotique, le sujet se montrera, paraîtra tant que des éléments (internes/externes) ne viendront pas éveiller sa blessure narcissique primitive. Nous retrouvons ici la marque du **clivage** où une partie du Moi est adaptée à la réalité (« faux self »), tandis que l'autre « *conserve la violence originelle, non libidinalisée et présente le risque permanent de déstabilisation et de décompensation du Moi du sujet* » (Settelen, 2000). A ce propos, Bergeret (1974) souligne les efforts, tant démesurés que vains, du sujet limite pour restaurer des parties non atteintes ou perdues de la « *bonne-relation-à-la-mère-toute-puissante* », et colmater enfin l'hémorragie de son narcissique. Gomez (1993) ajoute que « *quand l'alcoolique retrouve un état dépressif ou son addiction, il se rapproche invariablement d'une conception duelle mère-enfant* ». La triangulation est impossible. Seule une relation en miroir, pour autant qu'elle ne comporte aucune atteinte, permet de tenir le sujet dans une position acceptable pour ses assises déjà fragiles. Selon Gomez (1993), « *le sujet limite mais aussi les alcooliques ne tolèrent pas les déceptions narcissiques (...) ils ne prennent pas conscience de l'aspect irréaliste de leurs projets, n'adoucissent pas les constats d'échec avec de l'humour, mais s'enfoncent dans une répétition qui n'a rien de comique* ».

Ainsi Scharbach (1992) avance que l'alcoolisme est une « *problématique de la dépendance, de l'attachement à l'apparence de l'objet (...); par défaillance de l'objet interne, le sujet "colle" à l'objet externe et tente de maintenir une continuité narcissique en investissant la figurabilité trouvée dans l'environnement, en ayant recours à l'objet magique* ». Gomez (1993) abonde dans ce sens « *l'alcool peut représenter une aide et un substitut* », une « béquille », une « prothèse externe » pour ces sujets en proie à une fragilité structurelle.

L'autre élément qui permet au sujet alcoolique de se maintenir, c'est sa conduite, cet **agir** répétitif et impérieux... agir rattaché au fonctionnement limite. Nous avons développé, dans la partie précédente l'importance de la conduite d'agir, en tant qu'acte d'incorporation (Fenichel, 1945 ; Mijolla & Shentoub, 1973 ; Bergeret, 1975 ; Bourdellon, 2004...).

Rappelons que l'agir s'érige en lieu et place de la mentalisation, et qu'il tend à protéger le sujet du vide narcissique et de la dépressivité, en éludant la position dépressive, et au-delà, tout conflit synonyme de séparation. Cet agir, au niveau du corps, est donc une dimension essentielle de la survie psychique du sujet limite comme du sujet alcoolique, dans la mesure où par ce remplissage compulsif, grâce à l'alcool, il tente de recréer illusoirement l'objet qu'il a perdu ou qu'il a peur de perdre.

Si repérer les points communs entre personnalité alcoolique et organisation limite « *a l'intérêt de conforter l'idée d'une approche thérapeutique homogène de ces malades* » (Gomez, 1993), Monzani (1997) nous invite à la prudence : ces deux entités ne sont pas superposables. En dépit d'une assimilation fréquente, force est de constater que tous les sujets « limites » ne sont pas alcooliques, et inversement. Cette confusion peut d'ailleurs avoir des conséquences dommageables, notamment au niveau thérapeutique (risque de traiter uniquement l'alcoolisme sans « s'attaquer » à la personnalité sous-jacente, et vice versa).

Afin de pallier ces écueils, Monzani (1997) distingue le symptôme (l'alcoolisme), qui représente la fonction du toxique dans l'économie psychique du sujet, et l'organisation (état-limite) qui permet de comprendre la genèse et le maintien de la dépendance.

Or, nous ne pouvons nier l'hétérogénéité de ces deux populations : il existe différents types de sujets limites dont des « limites-alcooliques », de même qu'il existe des alcoolismes dont des « alcoolismes-limites ». Par conséquent, nous préférons sa seconde proposition : « *faut-il plutôt voir dans la comorbidité la double expression d'un trouble plus général ?* ». Cette idée semble faire son chemin, sous l'impulsion de Sztulman (2001), avec le concept de « **personnalité limite addictive** ». Cet auteur nous fait remarquer qu'« *il y a congruence entre les deux, autrement dit, toutes les addictions sévères (en terme de comportement) entrent dans la catégorie des personnalités limites (en terme de fonctionnement)* ».

L'auteur nous rappelle qu'il s'agit, à la base, de deux entités différentes : dans le premier, il est question d'une conduite, d'un comportement ; tandis que le second décrit une personnalité en référence à un fonctionnement mental particulier. Ainsi, selon Sztulman (2001), la personnalité limite addictive est « *la seule organisation (...) pour laquelle l'addiction a un statut d'aménagement de la personnalité, au prix d'un évitement psychotique massif* ».

Sztulman (2001) nous propose une description des caractéristiques de la « personnalité limite addictive » qui semblent s'adapter à la personnalité de (certains) sujets alcooliques :

- **Relation d'objet anaclitique** avec « emprise dépendante agressive » ;
- **Angoisse dominante** de perte, d'abandon, d'éloignement ;
- **Niveau de régression préœdipien** ;
- **Mécanismes de défense** basés sur le clivage, le déni, l'idéalisation vs dévalorisation.

Nous pouvons conclure cette description avec Sztulman (2001), « *les addicts sévères [dont l'alcoolique] se présentent le plus souvent avec des récits de vie et des éprouvés personnels où dominant les sentiments d'abandon, de séparation, de perte, d'éloignements réels ou fantasmatiques, qui génèrent des sensations ou des simples perceptions d'ennui, de vide, de vulnérabilité des limites (du corps, de la psyché, du monde interne) et de l'impossibilité à produire un sentiment permanent et continu d'existence* ».

L'hypothèse d'une organisation limite nous semble donc pertinente dans la mesure où plusieurs éléments observés dans la conduite alcoolique (faille narcissique, clivage, agir...) semblent rejoindre les éléments caractéristiques de ce registre.

En conclusion, selon l'actualité et l'évolution de la pensée psychodynamique, nous avons assisté « *au lent glissement de l'alcoolique du cadre de la dégénérescence vers celui de la névrose, l'état-limite, voire de la psychose...* » (Devillères, 1993). Les arguments en faveur de telle ou telle organisation se heurtent sans cesse à des écueils, ou plutôt à des sujets ne correspondant pas aux modèles proposés... de sorte que le sujet alcoolique pousse sans cesse à « *dépasser les limites de la nosologie* » (Devillères, 1993).

Pour certains auteurs (Descombey, 1985 ; Stora, 2004...), « *il n'existe pas d'organisation psychodynamique structurale définie de l'alcoolisme* » (Devillères, 1993). Cette idée est sous-tendue par l'absence d'homogénéité de la population alcoolique ; les quelques traits communs (tendances dépressives, dépendance...) s'observent dans les trois organisations de la personnalité... Nougé (2004) abonde dans ce sens « *l'alcoolique n'existe pas au sens structural (...) une structure n'est pas la cause de l'alcoolisme mais l'alliance de la structure et de points de fixation amène ou non au choix de l'alcool comme solution* ».

Ainsi, l'alcoolisme invite à sortir du cadre structural, car, comme nous le rappelle Nougé (2004) « (...) *névrose, psychose et perversion sont des modes d'assujettissement à la structure et des solutions que chaque être parlant trouve et aménage face à l'insupportable de la vie (...)* Or, dans un certain nombre de cas, les solutions névrotiques, psychotiques et perverses s'avèrent insuffisantes et l'alcoolisation vient pallier cette insuffisance ».

En revanche, l'alcoolisme peut-il se définir comme un symptôme venant se greffer à une organisation préexistante ? Plusieurs auteurs réfutent cette hypothèse (Mc Dougall, 1978 ; Pedinielli & al., 1997 ; Nougé, 2004...).

Comme nous l'avons mentionné, selon Descombey (2004) et Mc Dougall (1978), il s'agirait davantage d'un « acte-symptôme », d'une solution plus somatique que psychologique. L'acte-symptôme révèle un échec de la fantasmatisation et de l'internalisation de l'objet, compensé par un agir compulsif visant à réduire de manière économique la douleur psychique.

Pedinielli & al. (1997) abondent dans ce sens « *l'acte répété en vue d'éviter l'affect douloureux suffit au maintien du dérèglement économique : ce faisant il crée une économie spécifique* ». Les auteurs rapprochent cette conduite du symptôme psychosomatique dans la mesure où elle suit la même logique de rejet de l'affect ressenti comme menaçant du fait de la fragilité du Moi. De plus, dans la mesure où l'alcoolisation court-circuite l'activité psychique, elle ne peut être assimilée à un symptôme au sens psychanalytique (formation de l'inconscient susceptible d'être interprétée). La fuite face aux situations conflictuelles, anxiogènes... en adoptant les particularités économiques du passage à l'acte, ferme l'accès à la métaphore.

Selon Nougé (2004), « *l'alcool en tant que solution sous entend que tout symptôme est une tentative de réponse à l'insupportable de la condition humaine* ». En effet, le symptôme peut s'interpréter comme un mode de satisfaction et un traitement de la jouissance. A cet égard, le rôle du symptôme alcool est de « *faire bouchon* ». Pour cet auteur, l'alcoolisme est « *une manière d'être symptomatique qu'un sujet à trouver pour soigner son manque à être et son manque d'être* ». Loin d'entraver la dynamique psychique, l'alcool représente l'objet indispensable à son fonctionnement. Or, Nougé (2004) souligne que du point de vue du sujet « *leur alcoolisation ne fait pas symptôme pour eux puisque c'est précisément la solution qu'ils ont trouvé pour dépasser certaines difficultés* ». Ainsi, l'auteur considère, dans un premier temps, l'alcoolisation comme une « *suppléance au symptôme et donc comme écueil supplémentaire pour accéder à sa part de vérité* ».

Pour clore ce chapitre, nous vous proposons d'explorer l'alcoolodépendance à la lumière des projectifs, en considérant l'apport précieux de ces outils à la conceptualisation de l'organisation et du fonctionnement psychique des sujets alcooliques.

5.3. L'alcoolodépendance à la lumière des tests projectifs.

« “ Mescal ”, dit le Consul, presque sans y penser.
Qu'avait-il dit ? N'importe. (...)
ce n'était pas tellement qu'il ne dut pas en prendre, pas tellement cela non,
c'était plutôt comme s'il avait perdu ou manqué quelque chose,
ou plutôt, pas précisément perdu, pas nécessairement manqué »
Malcolm Lowry (1959) « Au dessus du Volcan »

Nous proposons d'explorer les données recueillies à partir des tests projectifs concernant les caractéristiques de l'organisation et du fonctionnement de la personnalité alcoolique.

A notre connaissance, aucune recherche n'a comparé les différents types d'alcoolisme du point de vue psychodynamique. Soulignons que Barthélémy (1987), pour son travail de thèse, avait rencontré les sujets « alcoolites » (chroniques) et « alcooloses » (intermittents), mais non dans une perspective comparative. Il postulait d'ailleurs, l'alcoolose comme un alcoolisme névrotique, ce qui ne nous a pas paru très évident à la lecture des protocoles...

Ainsi, les éléments suivants se posent comme généraux à la problématique alcoolique, pour laquelle nous avançons l'intérêt d'y porter des nuances...

5.3.1. Données générales :

A partir des protocoles **Rorschach** de 11 sujets, Vernet (1983) a cherché à isoler une **structure de la personnalité alcoolique**. Plusieurs éléments ont été observés :

- **Tendance générale à la restriction.**

Elle entrave les possibilités de relation, d'action, d'expression, de création et traduit une attitude de repli vis-à-vis du monde extérieur.

- **Personnalité extrêmement introvertie, peu confiante.**

Le TRI et FS sont ambiéaux (tendance à la coartation, orientation extratensive), ce qui signe une faible estime de soi, un blocage du fonctionnement intrapsychique, un manque de souplesse, et donc une réduction des capacités d'adaptation aux situations nouvelles.

- **Conformisme et stéréotypies (A% élevé) liés à la pauvreté des associations de la pensée. Adaptation à la réalité mais insertion au monde sur un mode passif.**

Le fonctionnement rigide parvient néanmoins à contenir l'angoisse (peu de Choc et Clob).

Le F% est correct, mais l'environnement modèle le sujet plus qu'il n'agit sur lui pour le structurer. Les réponses G, Ban et A, ainsi que les Choc et le RC% révèlent un monde externe vécu passivement, bien qu'il soit sous-tendu par une adaptation à la pensée commune. « *Le réel s'impose comme une Gestalt plus qu'il n'est appréhendé dans sa diversité* ».

- **Personnalité décrite comme dépendante.**

La relation est porteuse d'angoisse dès qu'elle se situe hors de la dépendance (contexte anaclitique). Le nombre de réponses humaines et kinesthésiques est faible, témoignant des difficultés identificatoire, identitaire et relationnelle. Or, les K dominant montrant « *que le Moi est l'instance principale qui conduit et organise la personnalité (...) [or] ce Moi est inhibé ; la vitalité est déprimée* ». En dépit de ces éléments, la sensibilité au manque n'apparaît pas à travers le Dbl%, d'ailleurs plus bas que la moyenne.

A l'issue de cette étude, Vernet (1983) conclut que l'alcoolisme offrirait « *une illusion de structure* », et relèverait davantage d'une **défense**, plus particulièrement contre la menace dépressive qu'il masque, déguise. En effet, la pauvreté des déterminants sensoriels, le TRI et le blocage du fonctionnement psychique seraient révélateurs d'une fixation dépressive latente.

Ellul & al. (1989), dans une perspective comparative de la dépendance alcoolique et toxicomaniaque, retrouvent certains de ces éléments (recherche de conformisme, difficultés identificatoires et relationnelles, appréhension passive et dépendante de la réalité externe ...). La faiblesse des réponses humaines est d'ailleurs spécifique à la population alcoolique.

En revanche, dans cette étude le rapport à la réalité se montre plus problématique. Le D% est ici fortement abaissé témoignant d'une difficile différenciation avec le monde extérieur.

Les auteurs soulignent par ailleurs, la prégnance de la **composante orale régressive**, accompagnée de fantasmes d'engloutissement et de remplissage, ou d'une thématique de mort par ensevelissement, immersion en référence à l'élément liquide voire amniotique. Les auteurs rattachent ces contenus aux **failles narcissiques précoces** de la personne alcoolique.

Au regard de ces résultats, Ellul & al. (1989) inscrivent la dépendance alcoolique dans une « *personnalité archaïque à forte dominante narcissique dont l'angoisse de vide pousse à incorporer un produit pour apaiser l'état de tension permanent* ».

Toujours à partir du Rorschach, sans postuler une structure spécifique, Jacquet & Corbeau (2004) ont montré une **fragilité psychique profonde préexistante à la pathologie**.

A ce propos, Monjauze (1991-2001) a observé, grâce différentes techniques projectives (Rorschach, 1991b ; test des Trois Personnages, 1992), que les sujets alcooliques étaient porteurs d'une lourde pathologie, une *psychose spécifique*.

Cependant, Brelet-Foulard (1988), en comparant les protocoles TAT de sujets alcooliques et schizophrènes, n'a pas confirmé un tel rapprochement. D'autant que, contrairement au psychotique, le sujet alcoolique a recours à « *des comportements moteurs stéréotypés mais néanmoins ordonnés en une succession d'actes* ».

Ainsi, le sujet alcoolique s'appuierait sur la réalité extérieure, grâce à un mode spécifique d'appréhension fait de « *mouvement très rapide qui fait alterner les contraires –l'une des propositions (l'idéalisation) étant immédiatement suivie d'une proposition qui, sans annuler la première, renverse les choses dans un mouvement d'oscillation perpétuel* ».

En effet, Brelet-Foulard (1988) a donc repéré plusieurs divergences :

Tableau 1 : Divergences apparues au TAT dans les protocoles de sujets schizophrènes et alcooliques :

	Protocoles de sujets schizophrènes	Protocoles de sujets alcooliques
Inorganisation spatio-temporelle	Confusion dehors/dedans Temps immobilisé	Anhistoricité
Image de soi	Dévalorisée L'autre n'existe pas	Images de soi et de l'autre tantôt valorisées, tantôt dépréciées
Confusions	Entre le sujet (je), l'examineur (tu) et le matériel (il) Incohérence profonde due à l'indifférenciation Récit non perçu comme une construction subjective mais donné par l'image Lutte antidépressive absente Clivage du Moi ou des objets Télescopage des rôles soutenu par une mauvaise lisibilité concourant à l'union fusionnelle Sensibilité perceptive pauvre (sujet/objet finissent pas fusionner)	Entre « je » et « il » Les sujets nient la différence de statut entre eux-mêmes, le testeur et sa dépendance Incohérences ponctuelles Mise en place d'autres défenses (agir, circularité des relations...) Lutte antidépressive manifeste : recours à la fantasmatisation narcissique permettant parfois d'élaborer l'économie dépressive Télescopage discret : vacillement de la place du sujet, sans fusion Sensibilité perceptive : protocoles appellent à l'empathie en dépit d'un récit hors du discours commun (contraste, langage analogique...)
Lisibilité	Absence de lisibilité Non respect des règles de communication (absence de logique et de mise à distance des affects, des personnages... élision du discours...)	Le récit reste lisible en adéquation avec le contenu latent Les sujets tentent de réaliser des liaisons même si elles apparaissent finalement illogiques Climat thymique transparent Affects communiqués (mais non le désir)

Brelet-Foulard (1988) a alors interrogé la problématique alcoolique à la lumière des autres organisations. La **structure névrotique** semble d'emblée **inadéquate**. En effet, le sujet alcoolique chercherait à « *nier la réalité interne de l'investissement libidinal de ses régions génitales* ». Par là même, il se **différencie du pervers** qui tente de maintenir une jouissance génitale. Par ailleurs, boire équivaldrait à une « *parasymbolisation* », ce qui constitue un **progrès par rapport à la mélancolie**. Ainsi, la **fragilité narcissique** (oscillation entre Idéal du Moi et Moi Idéal, agir, pensée opératoire, clivage...) et l'économie dépressive qui caractérisent les sujets alcooliques iraient dans le sens d'une **organisation limite**.

Plusieurs de ses observations soutiennent cette hypothèse :

- **Des modalités névrotiques mises hors jeu mais non complètement désinvesties.**

L'accrochage à la réalité et la centration narcissique maintiennent une **conflictualité pseudo-névrotique**. La problématique œdipienne n'est pas désavouée mais cloisonnée (isolation des personnages, télescopages...). Répondant aux exigences de conformité, les sujets « *s'adaptent au discours commun névrotique qu'ils perçoivent et savent manipuler* » (en cela ils diffèrent du psychotique). Or, ils ne peuvent l'habiter... « *il reste pour eux une langue étrangère* ».

- **Un mode de pensée (limite) au service du sens ou plutôt d'un « pseudo sens ».**

Il s'exprime par les efforts de secondarisation vacillants et la tolérance aux processus primaires. Cette pensée, accueillante aux élaborations psychiques de niveau corporel, autorise la manipulation dehors/dedans par déformation, en maintenant la communication à l'autre et à soi-même, dans le registre du partage plutôt que de la signification (« *présymbolisation* »). Cette pensée aurait fonction d'étayage. Or, le sujet alcoolique ne dispose pas d'elle mais semble se contenir grâce à elle, en être dépendant « *esclave de son outil plutôt que maître* ».

La pensée tolérante aux processus primaires va se révéler à travers différents indices :

- **La désorganisation spatio-temporelle.**
- **La lutte antidépressive** à travers des mouvements maniaques et la grande importance accordée aux perceptions sensorielles ou aux vécus corporels.
- **La « démétaphorisation » et/ou communication analogique privilégiée.**

Les récits insistent sur la communion et la recherche d'empathie. Les sujets déploient devant l'autre un univers d'affects à partager. L'autre reste donc investi et éprouvé comme différent.

- **L'adéquation à la réalité externe en dépit de la fragilité perceptive.**

Le sujet présente une hyper vigilance perceptive dans un souci constant de traduction adéquate bien qu'il appelle à des catégories peu utilisées (chute, vertige...). Cet accrochage compense un monde interne peu assuré et le travail d'élaboration défectueux. « *A la fragilité de la représentation de soi répond le surinvestissement de représentations d'étayage* ». La réalité externe, prothèse narcissique, est garante de la certitude d'existence psychique.

- **La pensée clivée.**

Cette pensée s'exprime par l'investissement des contrastes qui sous-tendent les constructions (sensibilité à la séparation des plans ; nécessité d'assurer les contours ...). Ce clivage pose la question de l'accès à l'ambivalence, d'autant que de multiples confusions peuvent être relevées (contenant/contenu, dehors/dedans, interprétant/interprété, télescopage des rôles...) concourant à un effacement des limites entre l'espace interne et externe.

Les **protocoles limites et alcooliques** présentent donc de nombreux **points communs**. Cependant, Brelet-Foulard (1988) a mis en évidence des spécificités à cette problématique.

- **L'appréhension spatio-temporelle marquée par une anhistoricité.**

Soutenue par des mises en tableau, l'histoire se fige sur le décor dès que les acteurs sont posés. Les projections dans le futur demeurent impossibles, comme en témoigne l'utilisation anarchique des temps verbaux. La fantasmagorie est emprunte de circularités.

- **Des confusions** qui, bien qu'elles s'insèrent dans la lisibilité du récit banal, sont **moins riches que dans les états limites**.

La créativité serait donc plus inhibée chez les sujets alcooliques. Les récits semblent entraîner un vacillement rapide de l'espace du dehors et du dedans par la répétition du transvasement vide/plein ; « *le cadre, le contenant n'assure pas une stabilité suffisante pour que le sujet investisse l'élaboration psychique des excitations qui le sollicitent* ».

- **Un rapport complexe à la croyance et à l'illusion.**

Investies en même temps que désavouées, le sujet alcoolique semble rechercher des réponses là où il n'y en a pas. Il part en quête d'une « *vérité repère* », absolue là où il n'y a que fiction, fantasme... tandis qu'il critique le totalitarisme de cette vérité. L'investissement de la pensée est en proie à la même complexité, à la fois valorisée et disqualifiée. Le penser est « *utilisé comme prothèse au manque à fantasmer* ». Or, cette activité est soumise au désaveu, qui se transforme alors en lutte contre le travail de la pensée. Brelet-Foulard (1988) interprète cette pensée mouvante comme une « *lutte contre la fonction de contenant* », signant le refus du sujet à investir son fonctionnement. Mais, comme ce déni échoue, il est suppléé par le clivage.

Le **fonctionnement alcoolique** peut être illustré par des **vases communicants**. Transvasements rapides des contenus psychiques qui soutiennent la **circularité**, sans stabilité, voués à être déçus. Cette **alternativité** parvient cependant à contenir la cohérence du penser et, ponctuellement, les excitations pulsionnelles. « *Or pour être communiquée, elle exige des relations de causalité, des rapports à l'espace et au temps* ». Mais, le sujet alcoolique ne peut s'insérer dans un espace (notamment transitionnel), car la circularité ignore cette idée.

Face aux fragilités, l'**espace externe joue le rôle d'étai**, notamment du travail d'élaboration, offrant une apparente richesse élaborative. Au TAT, le sujet alcoolique a trouvé, « *dans cette activité de metteur en scène, une prothèse pour son activité psychique* ». D'ailleurs, l'alcool agirait, comme un « pseudo signifiant », une « présymbolisation », somme toute salutaire dans cette économie de détresse. « *Le geste de boire vient symboliser le geste d'avant éclipse toujours répété jamais conclusif* » (Brelet-Foulard, 1988).

5.3.2. *L'organisation de la personnalité des sujets alcoolique à travers les outils projectifs :*

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les organisations névrotique, psychotique et limite de la personnalité peuvent être décrites par des caractéristiques métapsychologiques spécifiques (Bergeret, 1974 ; cf. p. 114, 116, 121). Parmi ces éléments, nous retiendrons la relation d'objet, l'angoisse dominante et les mécanismes de défense, et en suivant les avancées de De Tychey (1994), nous ajouterons l'image du corps et la représentation de soi. Notons qu'afin d'éviter les redondances, les mécanismes de défense seront abordés dans la partie sur le fonctionnement intrapsychique.

Rappelons que la problématique alcoolique a été rattachée à différentes organisations de la personnalité. Nous reprenons ici les apports majeurs des études réalisées sur l'alcoolodépendance à partir des tests projectifs.

5.3.2(a) La représentation de soi et l'image du corps

L'image du corps désigne les perceptions et les représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle correspond à la « *représentation des modalités d'habitation de la maison du corps* » (Jacquet & Corbeau, 2004), dont la construction dépend de processus originaires et secondaires plus complexes.

Les auteurs font consensus autour d'une image du corps extrêmement fragile du sujet alcoolique. Clavreul (1959) mentionne une image du corps atteinte voire morcelée, Monjauze (1991-2001) la décrit comme métonymique ou agglomérée. L'image du corps est donc marquée par une absence d'unité et de limite. Mijolla & Shentoub (1973) ont, en effet, avancé un corps dénué d'enveloppe sensorielle et de représentations psychiques. Enveloppe vide, trouée, évidée... la constitution du corps imaginaire est ou a manqué(e)...

Au **Test du Village** (Jacquet, 1992), l'espace occupé par le village des sujets alcooliques est groupé et non éparpillé, mais moins vaste que dans le groupe témoin. La construction de l'image du corps apparaît problématique, dans leurs commentaires, les sujets font apparaître des dénouements ambigus, qui conduisent l'auteur à avancer que « *les alcooliques au sens propre comme au figuré sont "mal dans leur peau"* ».

Ces résultats amènent l'auteure à contester la notion d'image du corps, qui suppose une organisation, l'acquisition d'une continuité de soi dans l'espace et le temps. Or, chez le sujet alcoolique, les difficultés dans la constitution du Moi Peau sont patentes renvoyant à des défaillances des fonctions primaires d'enveloppe psychique, alors à « *ciel ouvert* ».

Toutes les études réalisées à partir du Rorschach rendent compte de la fragilité de l'image du corps des sujets alcooliques.

Monjauze (1991) a observé les difficultés du sujet alcoolique à former des images entières (dominance des Hd et des **contenus composites** H/A...). Ainsi, la construction de l'image du corps ne relèverait pas d'une organisation mais d'une **juxtaposition**, d'une **agglomération** de morceaux corporels combinés. Cependant, les sujets éviteraient le morcellement psychotique grâce à un **fonctionnement métonymique**, où une partie du corps est prise pour le tout.

Les **réponses « eau »** (animaux marins, bateau...) apparaissent de manière prégnante. Ces contenus seraient une correspondance (ou « *corps-respondance* » selon Lasselin, 1979) du Soi liquide du sujet alcoolique. Le psychisme et le corps du sujet seraient donc menacés en permanence d'écoulement.

Ainsi, selon Monjauze (1991), les réponses « eau », les parties du corps métonymiques et les contenus composites seraient trois manières de pallier la difficulté à aménager des représentations corporelles unifiées et articulées. Ces éléments iraient dans le sens d'une psychose spécifique, dont le Rorschach pourrait aider à mettre au jour les caractéristiques.

Ces données ont été affinées par une étude ultérieure (Zarca & Monjauze, 2002). Le Rorschach réactiverait les traces mnésiques du corps archaïque du sujet alcoolique, relatives à une inertie corporelle, à un vécu d'amputation ou à une contracture extrême témoignant d'une souffrance à vif. En d'autres termes, il met en évidence les traumatismes primitifs vécus, réactivés par des traumatismes ultérieurs (« traumatismes écrans »).

La substance corporelle apparaît sans vie, sans forme, sans épaisseur ni contenant notamment à travers les réponses « E » aux formes changeantes parfois dégoulinantes, débordements entre le dehors et le dedans, couplés à des impressions tactiles antagonistes et transformables.

La troisième dimension est difficilement appréhendable, tout comme les représentations spatiales qui souffrent d'inorganisation, d'instabilité. « *L'hypothèse d'un Soi liquide trouve ici une correspondance dans les "contenus" puisqu'ils s'écoulent sans contenant* ».

Zarca & Monjauze (2002) relient ces observations aux expériences précoces pathogènes du sujet alcoolique. Ainsi, ces contenus, révélant l'absence de limite dehors/dedans, s'interprètent comme des traces d'un état antérieur à l'acquisition d'une enveloppe corporelle différenciatrice. Face à l'indifférenciation, la « **problématique du lien** » submerge : combinaisons incongrues, fabulées... au détriment de la logique. Le sujet tenterait d'assurer « *la continuité du flot comme pour maintenir ensemble les contenus corporels en train de s'écouler* ». Ces **mouvances** représenteraient à la fois la fuite des contenus corporels et leur retenue perpétuelle, inscrivant le paradoxe intime de l'alcoolique.

Dans le même ordre d'idée, Jacquet et Corbeau (2004) ont étudié les productions du sujet alcoolique au Rorschach en lien avec la notion de « *marquages corporels précoces* » avancée par de Mijolla & Shentoub (1973).

Le Rorschach permet, en effet, d'approcher l'étayage de l'enveloppe psychique sur le corporel. D'ailleurs les protocoles des sujets alcooliques sont riches d'évocations corporelles et sensorielles. Si les sujets montrent une capacité à maintenir le contact avec la réalité externe (« *ils donnent le change* »), l'appel aux sensations signe la recherche constante de limites. Cette quête s'illustre notamment à travers les nombreuses références à la « peau », contenant palliatifs visant à « *camoufler le "tissu à trous"* ». Certes, l'investissement des sens est nécessaire mais, chez le sujet alcoolique, il porte la marque d'un **défaut fondamental**.

Par ailleurs, les auteurs retrouvent les **confusions** entre contenus H et A. La représentation humaine ou animale ne serait possible qu'à condition de « *coller à un élément de base, de prendre appui sur des supports ou d'être en lien même ténu avec un autre percept* ». Les **liens** sont **surinvestis** alors que, paradoxalement, ils renvoient, pour le sujet, à une entrave ; l'écart et la distance étant associés à la vie. La fréquence des réponses par **agrippement** ou **étayage** contraste avec l'« **image du corps liquide** » (réponses « eau » comme résurgence des « *premières images du corps liquide en quête de structuration ou de contenant* »).

Ainsi, les représentations primitives du corps (indifférencié, malformé...) figurent la puissance des évocations corporelles restées hors de la symbolisation. Les réponses anatomiques, associées à des thèmes d'écrasement, d'écartèlement... nous montrent que le corps n'est pas un lieu d'investissement mais « *un sac d'organe source d'angoisse* ». La pensée alcoolique s'appuie donc sur une **logique associative, métonymique** « *la partie tient lieu de tout, le contenant suffit pour le contenu* » (Jacquet et Corbeau, 2004).

La **représentation de soi** traduit la manière d'être au monde, face à autrui. Selon Sanglade (1983), c'est « *la représentation mentale du corps en relation, de soi pour soi et de soi pour l'autre* ». Elle renvoie donc à la problématique de différenciation, aux identifications, et à l'identité « *c'est-à-dire la possibilité de reconnaître ses limites, de se concevoir comme une unité en correspondance avec l'environnement et pourtant autre* » (Boizou & al., 1978).

Au niveau théorique, les auteurs font consensus autour de l'idée que l'identité du sujet alcoolique, tout comme ses repères identificatoires, demeurent vacillants. L'identité paraît d'emblée entravée par les carences précoces, perpétuellement menacée et emprunte aux doutes (quant à son existence, la filiation...). Elle ferait plutôt figure de « pseudo-identité », allant peut-être jusqu'à l'identité excrémentielle ou liquide décrite par Monjauze (1991-2001).

Barthélémy (1983) a étudié, au **Rorschach**, dans une perspective phénoménologique, « *l'altération de la représentation humaine chez des alcooliques* ». Celle-ci se relève précaire, au travers les **confusions**, renforcées par l'adoption de formules restrictives (on va mettre...). Planche III, le sujet hésite entre contenus H et A, animés ou inanimés ; ce doute « *parce qu'il touche à l'humain est une remise en question plus fondamentale de l'existence* ».

A ce propos, pour Monjauze (1991), les difficultés du sujet alcoolique se situent en deçà de la problématique de différenciation sexuelle, les espèces étant elles-mêmes irréprésentables.

Ainsi, Barthélémy (1983) note que ces dégradations et/ou déformations traduiraient plutôt l'**absence de permanence**, de **contiguïté** et de **consistance**. « *Les tournures de langage expriment surtout dans leur répétition, une incapacité à voir qui débouche sur le vide* ».

Par ailleurs, l'auteur relève des **contenus dévitalisés** (telles que marionnette, caricature...) voire **démantelés** d'un mouvement humain réduit à une mécanique.

La représentation humaine apparaît donc dégradée dans la cohésion et l'articulation des parties du corps. L'auteur rapproche ses observations de l'hypothèse de Clavreul (1959) selon laquelle le sujet alcoolique met en scène l'homme par une déformation caricaturale qui meurtrit son physique, ses idées... Alcoolique « grotesque » qui projette la/sa fragilité pour aboutir au monstrueux. Barthélémy (1983) conclut que « *l'organisation de l'espace, la cohérence entre les significations (...) sont compromise en même temps que l'image humaine vacille sur ces bases. L'espace vécu, le sens et l'identité sont simultanément menacés* ».

Au **Test du Village**, Jacquet (1992) a mis en exergue les **failles identificatoires**. Les productions des sujets alcooliques présentent moins de personnages, les symbolismes du phallique comme du féminin leur échappent. L'organisation psychique paraît déficiente en raison de l'**absence de délimitation dehors/dedans**. En effet, l'espace intérieur des sujets est composé de « lieu commun » : « *le village appartient à tout le monde, impersonnel, désaffecté voire désert ou envahi* ». Ainsi, la représentation de soi, bien qu'unifiée, est porteuse de **rétractation**, d'une **absence de repères** et d'un **manque d'organisation**.

Zarca & Monjauze (2002) se sont intéressés à l'**identité** de l'**alcoolique**. Au **Rorschach**, ils sont parvenus à approcher la **honte fondamentale** liée à l'**identité excrémentielle**, qui caractériserait ces sujets. En effet, dès sa naissance, le sujet alcoolique aurait été considéré comme indésirable. Dans le regard parental, il n'a pu trouver que de l'agressivité, de la haine, et surtout la preuve de son inexistence, conduisant à un ratage identitaire catastrophique. Ce regard qui fait honte est paradoxal : à la fois constituant et dé-constituant, il empêche l'enfant d'accéder à la position de Sujet, façonnant un « **Soi déchet** ».

Les auteurs distinguent plusieurs indicateurs permettant de repérer cette identité : les **indices d'effraction** (Defect) et de **répulsion**, la **prévalence des liens associatifs** au détriment de la logique... Les réponses isolées seraient pour le sujet alcoolique des équivalents de chute, risquant de le faire disparaître avec l'énoncé. Par ailleurs, l'**insistance** sur l'œil, le **regard**, la fuite de celui-ci, les **confusions** entre ce qui est vu et ce qu'il voit semblent être les traces de cette quête désespérée d'identification.

Zarca & Monjauze (2002) se demandent si « *désigné comme coupable par l'instance maternelle, nié dans son existence par la haine, serait-il possible d'exister quand même ?* ». Le sujet semble trouver une ébauche de solution dans les **fabulations** qui brodent le percept. L'identité du sujet alcoolique apparaît donc extrêmement fragile et, nous pouvons conclure avec les auteurs que « *l'alcoolisation répétée est, par la présence et la disparition de l'alcool perpétuellement entretenues, une mise en scène de l'identité du sujet et de son évanescence, le verre tenant en quelque sorte, par sa permanence, le rôle de paralogisme.* ».

Jacquet & Corbeau (2004) ont également observé les **défaillances de l'identité** alcoolique, au Rorschach. L'**accrochage au percept** ou à la conformité aurait pour objectif de soutenir cette identité à la dérive ; « *car s'il y a péril identitaire, être comme tout le monde représente une tentative de pallier la fragilité et la porosité d'une enveloppe psychique et corporelle à fleur de peau, d'une peau perméable* ».

Dans cette quête adaptative, le sujet cherche à voir « la bonne réponse ». Or, ces tentatives échouent à maintenir l'ancrage dans la réalité (F% et F+% bas). « *Des mouvements en processus primaires incontrôlables surgissent sous forme d'images qui témoignent d'effraction corporelle, sur un mode brut, non symbolisé* ». Les contenus **dévitalisés** et **détériorés** sont omniprésents. Le sujet semble tiraillé entre deux positions contradictoires : construction/déconstruction ; adaptation à la réalité/irruption des processus primaires...

Jacquet & Corbeau (2004) soulignent l'**absence de permanence de l'objet**, révélée par les **désorganisations spatio-temporelles**. « *L'espace est représenté sous forme de surface fantaisiste voire absurde (...) c'est un espace de transformation sans structure, ni stabilité* ». L'accès à la troisième dimension est compromis, signant la **confusion dehors/dedans**, contenant/contenu. L'avant et l'après sont juxtaposés dans une **a-temporalité**, comme en témoignent les enchaînements de bouts de phrases sans mot de liaison.

La représentation, **idéalisée ou dépréciée**, fait dans tous les cas défaut, signant la **fragilité des assises narcissiques**. Les processus identificatoires sont entravés par la **problématique de différenciation**, l'identité sexuelle reste souvent floue, ambiguë. Reste comme solution : « *exister mais au prix de se faire disparaître en tant que sujet* ».

Afin d'approcher les problématiques identificatoire et identitaire, Pheuplin & al. (2003) se sont particulièrement intéressés au **rôle du regard**, au **Rorschach** et au **TAT**.

La situation projective peut s'interpréter comme un **Miroir** (il renvoie une image), substitut de l'imgo maternelle, « *un moment identifiant fort, susceptible de révéler certains aspects dynamiques (...) de cette expérience identifiante primaire* ».

Au **Rorschach**, bien que les réponses « miroir » apparaissent peu, les contenus « **yeux** » ou ceux dont la nature est d'être regardée, (dessin, photo... dimension narcissique) sont fréquents. Ils seraient sous-tendus par la question de la connaissance/reconnaissance.

Pheuplin & al. (2003) avancent que la consigne du Rorschach (« *qu'est-ce que ça pourrait être ?* ») réactualise le questionnement de l'enfant face au miroir, et permet ainsi d'approcher les éléments constitutifs de son unité. Chez le sujet alcoolique, l'image se construit soit par **assemblage** (nomination des parties), soit par **caricature** (accentuation du trait). Lorsque cette accentuation dépasse la perception, elle conduit à des représentations floues où l'identifié et la caricature se confondent. « *C'est alors l'indécision dans un mouvement de balance qui signe la précarité du mouvement identifiant* ».

Le **TAT** permet également de saisir les failles du moment identifiant, à travers l'absence d'interaction visuelle entre les personnages qui contraste avec les tentatives pour capter le regard du clinicien. D'après Pheuplin & al. (2003), cette fragilité s'exprime dans les oscillations entre représentations contraires, « *par une image qui s'édifie par assemblage, approximation ou encore accentuation du trait, et d'ailleurs par un attachement aux contours dans un accrochage à une forme qui ne prend pas corps, qui n'est pas identifiée* ».

En conséquence, selon Pheuplin & al. (2003), le moment identifiant des sujets alcooliques apparaît chaotique, les représentations de relations et la représentation de soi sont fragiles, signifiant « *l'expression d'un narcissisme à vif sans enveloppe protectrice* ».

En conclusion, les résultats des différentes études se rejoignent autour de l'idée d'une image du corps et d'une représentation de soi extrêmement atteintes, laissant entrevoir la fragilité des identifications et de l'identité du sujet alcoolique.

5.3.2(b) La relation d'objet

La **relation d'objet** correspond à la relation qu'entretient un sujet avec l'objet vers lequel se portent ses pulsions. La première relation (à la figure maternelle) détermine la qualité et les particularités des relations ultérieures.

Rappelons que Fenichel (1945) a avancé une relation d'objet narcissique, où le sujet part en quête d'un état passif de satisfaction. Relation d'objet anaclitique, dont Descombey (1994) souligne l'ambivalence à l'égard des figures parentales. Sztulman (2001) a spécifié cette relation d'« emprise-dépendance-agressive ». Enfin, selon Monjauze (1991-2001), le sujet alcoolique se situerait hors de la relation d'objet, alors suppléée par le surinvestissement de l'acte de boire.

Les études menées à partir du **Rorschach** vont dans le sens de ces hypothèses, et plus particulièrement en ce qui concerne la **relation d'objet anaclitique et/ou narcissique**.

Barthélémy (1983) a examiné les réactions du sujet alcoolique à la planche **III**, qui invite à projeter l'humain dans un contexte de détente, appelant au sourire... Or, les réponses des sujets sont, au contraire, dominées par un **facteur de séparation**, loin du jeu et du plaisir...

Vernet (1983) a mis au jour une personnalité dépendante où les relations sont construites autour de l'inégalité, évoquant **l'anaclitisme**. « *Le Moi existe mais en tant qu'il est posé par le non de l'Autre, seulement, et pas en tant qu'énoncé du Je* ». Or, c'est une **relation paradoxale** qui se noue, dans la mesure où l'autre est à la fois celui qui assure l'existence et celui qu'il faut fuir par la blessure narcissique qu'il inflige en signant le manque à être du sujet. L'alcoolique serait donc tiraillé entre son besoin vital de dépendance et ses revendications d'autonomie. « *Existant pour l'Autre avant d'exister pour lui-même, l'alcoolique existe par l'Autre mais affecté d'un signe moins* ». L'autre est en quelque sorte « *le miroir déformant* » qui reflète à la fois une image idéale et une image insupportable.

Ainsi, la **relation narcissique** a été également mise en relief.

Pheuplin & al. (2003) ont relevé que les planches II et III étaient généralement appréhendées de manière unitaire. Les commentaires associés soulignent la recherche du même (« *ça ressemble* » ; « *c'est pareil* »...). Le sujet alcoolique éprouverait alors des difficultés à reconnaître et à s'approprier l'image spéculaire. Même si les réponses « miroir » ou « reflet » sont rares, l'**expression narcissique domine** au détriment des relations d'objet. L'attachement à la dimension spéculaire est repérable dans les représentations « dos à dos », « face à face », ou dans les préoccupations pour la symétrie. Les quelques relations projetées témoignent de la fragilité de l'investissement objectal (peu de verbes interactifs). Enfin, l'insistance sur le « deux » est omniprésente, mettant à jour la fragilité identitaire.

Jacquet & Corbeau (2004) confirment ces difficultés dans la relation à l'autre. Bien que le pôle kinesthésique soit investi planche III, il s'exprime par des relations « **de mêmeté** », en miroir ou groupales (sensibilité au lien, à la symétrie...), au sein desquelles les processus identificatoires sont entravés par cette problématique de différenciation.

Les sujets alcooliques doivent donc rester collés au même pour ne pas s'effondrer, se séparer équivaudrait à se perdre. Ainsi, l'**autre n'existe pas**, tout au plus, il est approché par ces « *images-états de l'identique* », repoussant jusqu'à la dissolution les frontières sujet/objet. Dans le même ordre d'idée, les auteurs ont observé des **recherches d'étayage** auprès du clinicien (objet extérieur, concret).

Les images spéculaires visent donc à **annuler la séparation** : elles font du « un » avec du « deux ». Etre avec l'autre, comme l'autre, c'est pour le sujet alcoolique, un moyen d'éviter l'insupportable de l'altérité. « *Campant l'autre comme double de soi, comme miroir réel, ces sujets rendent compte d'une part de leur difficulté à aborder la dimension objectale et d'autre part de la proximité du registre fusionnel qui est le leur* ».

Au **TAT**, Brelet-Foulard (1988) retrouve dans les récits des sujets alcooliques la prévalence des **relations spéculaires**. L'autre est un « autre-soi-même », particulièrement lorsque le fantasme et l'angoisse de castration entrent en scène, et face aux situations risquant de déboucher sur de l'agressivité. Ainsi, les sujets, dans un contexte de profonde déception, tentent de maintenir des **relations a-conflictuelles**, hors de la rivalité. L'auteure précise que ces relations sont marquées par la **circularité**, impliquant ni origine, mais surtout ni fin.

Pheuplin & al. (2003) constatent que les relations brillent par leur absence ou se bornent au factuel : peu d'échange, de conflit ou de personnage non figurant sur l'image... « *Anti appel à l'autre* » qui contraste avec les demandes répétées au clinicien. Planche 16, les sujets éprouvent des difficultés à évoquer leurs objets internes et les relations établies avec eux. En proie au vide, le sujet tente de conjurer la perte par un arrêt sur image ou un abandon. Les auteurs s'interrogent « *le pire, dans la perte, ne serait-ce pas le perdu de vue ?* ».

Ainsi, Pheuplin & al. (2003) ont questionné l'**insistance sur le regard** et ses rapports à la relation d'objet. Regard banal, affectif ou fuyant, il ne soutient pas la relation objectale. Les personnages en interaction visuelle sont rares dans les protocoles, comme si « *le regard vidait la relation objectale ou plutôt sa représentation* ». Or, contrairement aux attentes des auteurs, la conduite perceptive en termes de « je vois » n'est pas favorisée ; les sujets insistent plutôt sur ce qu'ils ne voient pas, cherchant alors une aide auprès du clinicien. Ces demandes sont interprétées comme une « *impérieuse nécessité pour le sujet, face à un matériel où l'accent porte si peu sur la relation par le regard, de tenter de s'étayer sur le regard du clinicien* ».

Or, parfois, ces sollicitations ne suffisent pas à lier l'angoisse réactivée par le « non reconnu » ou par l'impression de doute laissée par l'interprétation. Dans ce cas, le sujet s'appuie sur le comportement visuel, qui accompagne ou se substitue à la parole (le sujet montre, désigne...).

Selon Pheuplin & al. (2003), les représentations de relation ne sont pas intériorisées, et ne peuvent pas s'incarner dans le récit. Ainsi, le sujet alcoolique, dans un mouvement de balance constante (croyance/dérision, vrai/faux, omnipotence/impuissance...) va chercher auprès du clinicien l'assurance de l'exactitude de leur perception, ou plutôt de leur vision...

En conclusion, les études effectuées à partir du Rorschach et du TAT vont dans le sens d'une fragilité des relations objectales. Le niveau génital n'est à aucun moment atteint. Les relations d'objet du sujet alcoolique paraissent davantage se nouer au sein du registre limite, dans ses dimensions narcissique (relation spéculaire, quête du même...) et/ou anaclitique (tiraillement entre dépendance et revendications d'autonomie), bien qu'une perspective plus archaïque ne soit exclue, à travers la référence à une relation quasi-fusionnelle.

5.3.2(c) L'angoisse dominante

L'angoisse dominante ne doit pas être confondue avec les expressions émotionnelles et/ou verbales d'angoisse. Elle correspond aux représentations de fantasmes sous jacents.

Les pratiques alcooliques relevant de l'ordalie répondraient à l'angoisse de castration, et seraient même un moyen de lutter contre celle-ci (Charles-Nicolas, 1985). Les auteurs qui interprètent l'alcoolisme comme un agir par incorporation (Bergeret, 1975 ; Mc Dougall, 1978 ; Venisse, 1992...), en référence aux états-limites, postulent une angoisse dépressive de perte d'objet et/ou de séparation. Enfin, une angoisse plus archaïque peut être évoquée, allant jusqu'à l'anéantissement (Clavreul, 1959...). Descombey (1994) précise que cette angoisse reste différente de l'angoisse de morcellement. Monjauze (1991-2001) la décline d'ailleurs en angoisse de chute, de dessiccation, d'épandage, d'inanition...

Les recherches menées à partir des projectifs n'ont jamais fait apparaître l'angoisse de castration comme dominante dans la problématique alcoolique.

Certaines études ont montré une angoisse réactivée par les problématiques relationnelles (Barthélémy, 1983 ; Vernet, 1983 ; Menke, 1989 ; Pheuplin & al., 2003), qui peut se rapprocher de **l'angoisse dépressive de perte d'objet et/ou de séparation**. Les sujets alcooliques semblent particulièrement se préoccuper de tous les éléments qui « **font lien** ».

Les recherches de Monjauze, à partir du **Test des Trois Personnages** (1992) et du **Rorschach** (1991 ; 2002), ont révélé une angoisse beaucoup plus archaïque.

Au Test des Trois Personnages, l'analyse des productions et de la relation sujet/clinicien (emprunte de méfiance, de « *crainte d'être percé à jour* ») a permis d'isoler une **angoisse de vidage**, associée à la fonction de remplissage correspondante.

De même au Rorschach, les « *contenus qui s'écoulent sans contenant* » et la prévalence des **réponses « eau »** illustreraient la résurgence de cette angoisse de vidage conduisant à la dissolution. « *Cette projection d'un Soi d'une archaïcité extrême, au bord de la disparition par dilution, peut révéler une angoisse d'anéantissement appelant l'ingurgitation répétée d'alcool dont la liquidité peut être aussi indispensable que son caractère anxiolytique* » (Zarca & Monjauze, 2002).

Dans la lignée de ces travaux, Jacquet & Corbeau (2004) considèrent le refus de la séparation et la tentative de conformité comme révélateurs d'une **angoisse de différenciation** aboutissant à la « *dissolution dans le commun (comme-un)* ». Les thématiques de collage (identification adhésive) ou, au contraire, de chute mettraient au jour l'**angoisse d'effondrement** et/ou de **décollement** (chute sans fin en référence à l'agonie primitive). Enfin, la prégnance des évocations corporelles renverrait à l'**angoisse de dessiccation**.

En conclusion, les données examinées situent l'angoisse dominante du sujet alcoolique en deçà de la castration. Si l'angoisse dépressive de perte d'objet semble pertinente, des angoisses de vidage, de dessiccation... émergent, en lien avec la spécificité « liquide ».

L'exploration des facteurs de l'organisation de la personnalité nous montre que le niveau névrotique n'est jamais atteint, ni même parfois approché... La personnalité alcoolique se situerait davantage dans le registre limite (atteinte de l'image du corps et de la représentation de soi ; relation d'objet anaclitique et/ou narcissique ; angoisse dépressive de perte d'objet), voire à un niveau plus archaïque.... Nous pouvons regretter qu'aucune de ces études ne se soit intéressée à une éventuelle spécificité en fonction du type d'alcoolodépendance. Ces dimensions sont-elles équivalentes selon la conduite de consommation ? C'est ce que nous nous attacherons à découvrir...

Observons dès lors ce que nous enseignent les projectifs à propos du fonctionnement intrapsychique des sujets alcooliques.

5.3.3. Le fonctionnement intrapsychique du sujet alcoolique à travers les outils projectifs :

A la suite des travaux de Bergeret (1974), le fonctionnement mental peut être appréhendé en termes d'espace imaginaire, de mentalisation et capacités de symbolisation, d'efficacité des mécanismes de défense. Comme précédemment, nous allons examiner ce que nous apprennent les données projectives sur ces trois dimensions.

5.3.3(a) L'espace imaginaire

L'**espace imaginaire** se conçoit comme une métaphore de l'espace psychique ; il est aux représentations mentales ce que la scène est aux acteurs... « *c'est l'activité de rêves et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs* » (Bergeret, 1990). Il a une valeur défensive et protectrice dans la mesure où il permet de se dégager, au moins temporairement, d'une réalité trop intrusive. Faire appel à son imaginaire, « *c'est être capable d'engendrer des fantasmes, des rêves qui, pour un individu, mettent en image de façon très vivante sa place et sa manière d'être en représentation dans le monde de même que le modèle de ses échanges avec les autres* ».

A notre connaissance, aucune étude n'a cherché à aborder cette dimension dans la problématique alcoolique. Néanmoins, de nombreux auteurs (Mijolla & Shentoub, 1973 ; Venisse, 1993 ; Monjauze, 1991-2001...) ont souligné les carences précoces et la faillite du processus d'introjection. L'espace interne des sujets n'a donc pu se peupler d'objets stables et rassurants, sur lesquels appuyer leurs rêveries.

Ainsi, l'idée d'un espace imaginaire appauvri (de manière constitutionnelle ou secondaire aux années d'alcoolisation) chez le sujet alcoolique paraît pertinente.

5.3.3(b) La mentalisation et les capacités de symbolisation

Le **mentalisation** se définit comme l'utilisation mentale de l'imaginaire, qui s'oppose au comportement ou à la somatisation. « *La mentalisation est une attitude où l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire, c'est-à-dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental. C'est l'activité la plus noble de toutes les formes de fonctionnement imaginaire* ». (Bergeret, 1991, cité par de Tychev et al., 2000).

Le recours à la mentalisation est compromis sinon impossible pour la personne alcoolique, comme en témoigne la dominance d'une autre voie de décharge : le comportement. En effet, l'alcoolisme, décrit comme une conduite d'agir, signe la faillite de la mentalisation (Mijolla & Shentoub, 1973 ; Bergeret, 1975 ; Bourdellon, 2004...).

En conséquence, la qualité des activités de symbolisation et de liaison serait fortement altérée, bien que l'alcool entretienne quelques illusions... En effet, certains auteurs (Clavreul, 1959 ;

Mijolla & Shentoub, 1973...) ont avancé que l'alcoolisation tiendrait lieu de « pseudo symbolisation », laissant entrevoir l'espoir de nouvelles liaisons des excitations, bien qu'elles demeurent en réalité faussées, troublées...

Les épreuves projectives témoignent les faiblesses de la mentalisation.

Au **Test du Village**, Jacquet (1992) insiste, « *c'est tout le travail psychique de représentation et de structuration de soi qui fait défaut* ». Les sujets semblent avoir une « *moins grande capacité à exploiter la réalité extérieure* », bien qu'ils la surinvestissent en se servant plus des objets concrets que de leur créativité. Ils éprouvent donc des difficultés « *à meubler leur espace interne dont ils connaissent mal l'étendue et les délimitations* ». Jacquet (1992) conclut que « *ces altérations renvoient à la précarité et à la défectuosité de l'espace psychique en tant que contenant entraînant les distorsions de ses contenus* ».

Des résultats analogues sont observés au **TAT** (Brelet-Foulard, 1988 ; Pheuplin & al., 2003...). A propos du **travail de liaison**, Pheuplin & al. (2003) avancent que le sujet alcoolique, dans ses fréquents appels au clinicien, « se sert » du psychologue pour lier ses excitations, et plus particulièrement l'angoisse. Ainsi, il ne s'agit pas de liaison psychique à proprement parlé dans la mesure où ce travail est soutenu par un étai extérieur.

Les études réalisées à partir du **Rorschach** parviennent à des conclusions identiques (Vernet, 1983 ; Zarca & Monjauze, 2002 ; Jacquet & Corbeau, 2004...). Vernet (1983) relève un véritable « *blocage de la vie intime* », qui se matérialise à travers les stéréotypies, la pauvreté des associations de la pensée, et donc des liaisons. Zarca & Monjauze (2002) soulignent la difficulté de la liaison entre affect et représentation. Les contenus sensoriels dénotent une forte réactivité émotionnelle, traduisant une difficulté dans le contrôle des affects. Le déterminant C apparaît « *à l'état brut comme un jaillissement* », de sorte que les émotions « *s'expriment plutôt avec une violence déchaînée, aveugle* ». Les auteurs ont relevé de nombreuses réponses E, contrastées, générant un ressenti très confus. Les auteurs précisent que ces faiblesses apparaissent de manière discrète tant elles ont une tonalité banale. Selon ces auteurs, la déficience de la mentalisation est repérable à travers les **non-sens** et les **liaisons incorrectes**, hors de la logique. Or, il semble important de souligner que le sujet alcoolique tente de réaliser des liaisons. A cet égard, nous rejoignons Brelet-Foulard (1988) qui avance, à partir du **TAT**, que cette caractéristique distinguerait le sujet alcoolique du psychotique.

Enfin, Jacquet et Corbeau (2004) relèvent que le pensé s'appuie sur des impressions subjectives (je ressens...), « *mode d'appréhension archaïque de la planche où la réponse est ressentie et non pas élaborée psychiquement* ». L'alcool, en tant que tentative de guérison de

l'esprit par le corps, serait voué à l'échec car elle « *ne permet pas le déplacement nécessaire à la réalisation, sur la scène psychique, d'images mentales, de fantasmes et de rêves* ».

En conclusion, les données projectives rejoignent les hypothèses de la littérature autour d'une faiblesse de la mentalisation à l'œuvre chez les sujets alcooliques, affectant leur capacité de symbolisation, de fantasmatisation et de liaison.

5.3.3(c) Les défenses et leur efficacité

Les **mécanismes de défense** sont des opérations psychiques, visant à bloquer toute décharge de tensions vécues comme menaçantes, afin de maintenir une certaine homéostasie.

L'alcoolisation, en tant que recours à un comportement par incorporation, peut être considérée en soi comme une défense, contre la décompensation dépressive (Simmel, 1929 ; Bourdellon, 2004...) et/ou l'invasion psychotique (Monjauze, 1991 ; Deswel, 2002...).

Parmi les défenses spécifiques du sujet alcoolique, le déni et/ou la dénégation (Clavreul, 1959 ; Descombey, 1986...) s'interprètent comme la volonté « *de ne rien vouloir savoir* ».

Les mouvements d'idéalisation/dévalorisation (Clavreul, 1959 ; Faoro-Kreit, 1998...) sont repérable dans l'alternance de l'ivresse et la sobriété. Enfin, le clivage a été décrit comme au cœur de la problématique alcoolique, notamment par de Mijolla & Shentoub (1973).

Ces éléments iraient dans le sens d'un **polymorphisme des défenses**, rapprochant l'alcoolodépendance de l'organisation limite.

Concernant le fonctionnement mental, il semble important d'apprécier le caractère adaptatif (décharge de la tension) ou défensif, en tenant compte notamment de l'adaptation à la réalité et de la tonalité émotionnelle de l'exprimé. La conduite alcoolique témoigne, en elle-même, de l'échec des défenses les plus élaborées. Pelicier (1984) a avancé que les sujets alcooliques souffriraient d'« hypermnésie » (c'est pour cette raison qu'ils boivent pour oublier). Ainsi, ils éprouveraient des difficultés à mettre en place le refoulement.

Vernet (1983) a observé, au **Rorschach**, un système défensif basé sur l'**évitement**.

Selon Barthélémy (1995), la **répétition** qui envahit l'existence des sujets alcooliques (répétition de la consommation...), serait une défense puissante, dans la mesure où elle permet au sujet de ne pas se souvenir de son expérience, et parfois de lui-même. Ainsi, elle signe l'échec dans le recours à d'autres procédés permettant un véritable dégageant.

Au-delà de l'évitement et de l'agir, Jacquet & Corbeau (2004) notent, face au malaise identitaire et à l'angoisse de séparation, le « *regroupement grégaire, un corps à plusieurs serait à la fois une forme de résistance à l'anéantissement et permettrait la survie du corps mais au prix d'une fusion symbiotique* ». Ainsi, l'**identification adhésive** vise à lutter contre

l'angoisse de décollement. Ils décrivent un « *mode défensif en faux self* », où le sujet va avoir recours à des contenants externes (verre, institution...) plutôt qu'à ses capacités psychiques.

Enfin, Monjauze (1991), en spécifiant l'angoisse de vidage, évoque des « *mouvances* » qui permettent de maintenir le flot incessant des « *contenus psychiques sans contenant dont la continuité est assurée au prix de l'incohérence* ».

Aberrations logiques que les sujets soutiennent avec certitude, dans une assurance joyeuse.

Ces modalités défensives se démarquent cependant de la conviction délirante, dans la mesure où le non sens alcoolique laisse parfois place à l'organisé. D'autant que la mouvance des représentations est à l'opposé de la pauvreté et de la rigidité des productions délirantes : « *leur non sens apparaît et disparaît, il y a un effet de sidération par la rapidité du changement des images* ».

En conclusion, les études réalisées à partir des projectifs se sont finalement peu intéressées aux opérations défensives mises en place par les sujets alcooliques, au-delà de leur conduite, qui semble vouloir « tout dire »...

Pour clore ce chapitre, il est intéressant de constater avec Monjauze (1991b) que l'**abstinence** ne semble **pas modifier l'organisation psychique** des sujets alcooliques. La personnalité resterait inchangée dans la sobriété, en dépit d'une amélioration « externe » manifeste et d'une plus grande adaptabilité.

Monjauze (1992) a comparé les données obtenues au **Test des Trois Personnages** par des sujets alcooliques pratiquants, en sevrage et abstinents. L'auteure constate qu'en dépit de variations de surface (recherche d'unicité par débordement chez les buveurs ; angoisse d'assèchement et coloration dépressive liées à la privation d'alcool chez les sujets en sevrage ; fonction d'étayage du groupe chez les abstinents), des caractéristiques demeurent communes au trois groupes (confusions, dépendance, perception en lieu et place de la symbolisation...).

De même, au **Test de Village** (Jacquet, 1992), la fragilité de l'espace psychique est commune aux sujets pratiquants et abstinents. Or, si le village des buveurs apparaît comme perméable et sans délimitation, celui des abstinents s'apparente à un « village forteresse » témoignant « *du pôle défensif de leur organisation psychique toujours en état de siège* ».

Barthélémy (1987), dans une **perspective phénoméno-structurale**, avance que toute modification d'un paramètre entraîne une modification de la structure. Ici, la structure est à entendre comme ce qui englobe le vécu conscient et exprimé aussi bien que le biologique. Ainsi, le sevrage en tant que facteur de changement devrait transformer la structure sous-jacente. C'est d'ailleurs ce que l'auteur a examiné au **Rorschach**, les protocoles des sujets se

présentent comme différents à l'entrée et à la sortie de la cure. Or, contrairement à l'intuition, ces variations ne vont pas dans le sens d'une amélioration. Au contraire, les productions et la mobilisation affective s'appauvrissent : les couleurs, les estompages et les kinesthésies se raréfient en même temps que les rationalisations et les schématisations se renforcent. Finalement, l'alcool masquerait les failles et les difficultés dans l'agencement de la représentation que le sevrage, puis l'abstinence font sortir de l'ombre.

La fréquence des décompensations dépressives observées lors de la cure va dans ce sens (Barthélémy, 1992). D'ailleurs, la spécificité des manifestations dépressives de l'alcoolique est que la souffrance submerge avec des accents pathétiques. L'auteur note dans ces protocoles, contrairement aux dépressifs, l'alternance d'humeurs antagonistes : l'exaltation, l'exubérance côtoient des motifs morbides, qu'il explique par les remaniements brusques que vit le sujet en sevrage. Nous y voyons également la marque du clivage alors exacerbé.

Au **TAT**, si la fragilité de l'unité psychique et la confusion entre espace interne/externe sont communes aux deux groupes, Brelet-Foulard (1988) observe que les alcooliques pratiquants se situeraient davantage du côté de la névrose, alors que les sujets abstinents se rapprocheraient plutôt du pôle psychotique.

Ces résultats iraient dans le sens du rôle de l'alcool comme **organisateur précaire**, évoqué par plusieurs auteurs (Clavreul, 1959 ; Mijolla & Shentoub, 1973 ; Lasselin, 1979...)

En conclusion les données issues des épreuves projectives ne nous permettent pas d'affirmer une organisation de la personnalité précise, en dépit de consensus concernant la fragilité de l'image du corps et de la représentation de soi, les difficultés d'investissement de la relation objectale, et la faillite des processus de mentalisation ou plus généralement des faiblesses du fonctionnement mental. Si la structure névrotique semble, dans tous les cas, inadéquate, certains arguments vont dans le sens d'une organisation limite, d'autres dans celui de la structure psychotique. En effet, la relation d'objet anaclitique et/ou narcissique paraît parfois frôler un registre plus fusionnel. Aux côtés de l'angoisse de séparation et/ou dépressive de perte d'objet, des angoisses plus archaïques et de spécificité alcoolique (vidage, chute...) émergent. De même, l'image du corps a tantôt été décrite comme atteinte, tantôt morcelée... Il semble alors impossible de parler la problématique alcoolique en termes structuraux...

Ces considérations nous conduisent à interroger l'organisation et le fonctionnement des sujets alcooliques chroniques et intermittents. Certes, les descriptions classiques (Fouquet, 1951), décrivent un fonctionnement psychique prénévrotique ou psychosomatique chez les « alcoolites » (alcooliques chroniques) et névrotique chez les « alcooloses » (alcooliques

intermittents). Cependant, nous manquons de précision dans ce domaine, aucune de ces études n'ayant comparé ces dimensions. D'ailleurs, elles ont été, le plus souvent, réalisées auprès de sujets en sevrage (donc dépendants physiquement) et/ou pratiquants, mais sans que le mode de consommation ne soit précisé. Peut-il avoir une influence sur la réalité intrapsychique ?

6. HYPOTHESES GENERALES

Cette revue de la littérature nous a montré que s'il existe différents types d'alcoolisme (chronique, périodique...), ceux-ci semblent être « gommés » par le concept d'alcoolodépendance, alors même que celui-ci implique une distinction entre consommation chronique et compulsive, dépendance psychique à laquelle s'associe parfois dépendance physique... Ces nuances paraissent mises de côté... Certes, la dépendance à l'alcool est le dénominateur commun, cependant ces conduites sont-elles superposables, alors même que le comportement varie ?

De plus, les descriptions contrastées de ces alcoolismes apparaissent dans l'ensemble plutôt factuelles, faiblement étayées au niveau théorique, relevant alors davantage de l'observation clinique. A ce propos, nous n'avons retrouvé que peu d'études comparatives, qui effectuées, ont pourtant relevé des différences (Cloninger, 1988 ; Moussas & al., 2005...). Cet écueil est particulièrement prégnant en ce qui concerne la réalité intrapsychique des sujets alcooliques.

Ainsi, la problématique alcoolique telle qu'elle est représentée aujourd'hui nous semble incomplète, faisant fi de sa complexité, et de la diversité des conduites.

En conséquence, nous opérerons un retour aux modèles plus anciens, en comparant ce qui nous est apparu comme les deux principaux types d'alcoolodépendance : l'**alcoolisme chronique** (alcoolisation régulière voire quotidienne) et l'**alcoolisme intermittent** (consommation compulsive, périodique).

Nous avançons que ces conduites de consommation opposées masquent d'autres différences au niveau de l'appréhension subjective de la réalité externe et de la réalité intrapsychique.

Nos hypothèses s'articuleront donc autour de la recherche de points communs (caractéristiques de l'alcoolodépendance) et de différences.

6.1. Réalité externe perçue (HA).

Au niveau de la réalité externe perçue, nos observations nous ont conduits à retenir plusieurs éléments, qui autorisent l'hypothèse d'une appréhension contrastée selon le mode de consommation : les causes avancées pour expliquer les alcoolisations (attributions) et les attentes ; les stratégies cognitives (coping et lieu de contrôle) ; les événements de vie.

6.1.1. Causes des alcoolisations et Attentes vis-à-vis de l'alcool (HA1) :

A travers ces deux dimensions, nous nous intéressons à ce que les sujets alcoolodépendants chroniques et intermittents perçoivent et expriment de leurs alcoolisations.

Les données classiques (Fouquet, 1951 ; Legrand, 1997...) nous apprennent que les sujets alcooliques chroniques reconnaissent mal leur trouble, qui fait l'objet de rationalisations tardives voire de négation (déli).

Les sujets alcooliques intermittents, au contraire, s'engagent dans une véritable « lutte contre l'alcool », dans laquelle s'insèrent des tentatives de compréhension du trouble.

- **Les causes (attributions) avancées pour expliquer les alcoolisations (HA1.1).**

Cette première direction fait référence aux attributions causales des alcoolisations.

Les recherches sur ce thème s'intéressent principalement aux attributions des rechutes (Connors & al., 1998 ; Seneviratne & Saunders, 2000 ; Alisdair & Richard, 2004...) dans une perspective thérapeutique et préventive. Cependant, Vuchinich & al. (1981) ont montré que les sujets alcooliques ont tendance à attribuer plutôt des causes externes à leurs alcoolisations. Par ailleurs, Thrascher (1997) a révélé que le style attributionnel des personnes alcooliques était moins stable que pour d'autres groupes pathologiques (dépressifs...).

A notre connaissance, aucune étude comparative n'a tenté de distinguer les attributions formulées par les sujets alcooliques chroniques et intermittents. Ici, nous nous intéresserons aux causes avancées par les sujets pour expliquer leurs alcoolisations, en opérant un retour à la définition princeps du concept d'attribution comme agent de structuration et de compréhension du monde, permettant de donner du sens au vécu.

A cet égard, nous nous demandons si les sujets intermittents exprimeront davantage de causes pour expliquer leurs alcoolisations, et plus particulièrement des causes internes.

- **Les attentes vis-à-vis de l'alcool (HA1.2).**

Les études portant sur les attentes vis-à-vis de l'alcool (croyance, anticipation des effets de l'alcool...) cherchent à déterminer dans quelle mesure elles agissent sur le comportement de consommation.

Les résultats montrent que des attentes positives peuvent prédire l'initiation et le maintien des alcoolisations (Smith & al. 1995 ; Jones & al, 2001...). En ce sens, elles augmentent l'expérience de l'alcool et la durée de l'alcoolodépendance (Connors & al., 1993 ; Iniguez de Onzono & al., 2004...).

De plus, les attentes exerceraient une influence sur les effets réels de l'alcool, en les majorant (phénomène d'attente et effet placebo formalisés par Brown & al., 1980 ; Barrucand, 1988...). Sans se centrer sur ces déterminismes, nous allons explorer les attentes vis-à-vis de l'alcool exprimées spontanément par les sujets alcooliques chroniques et intermittents. N'ayant trouvé aucune étude comparative, nous nous demandons si **les sujets intermittents auraient davantage connaissance de ces croyances, de ces représentations de leur trouble.**

HA1 : En l'absence d'études comparatives réalisées autour des causes et des attentes, nous postulons que **les sujets alcooliques intermittents** auraient davantage accès à ces facettes d'eux-mêmes et de leur expérience ; en conséquence, ils parviendraient à davantage s'exprimer autour de l'alcool et de leurs alcoolisations.

En ce sens, ils **rapporteraient davantage de causes pour expliquer leurs alcoolisations (notamment des attributions internes), et d'attentes vis-à-vis de l'alcool que les sujets alcooliques chroniques.**

6.1.2. Les stratégies cognitives (HA2) :

Nous considérons deux types de stratégies cognitives : **le coping et le lieu de contrôle.**

- **Le coping (HA2.1).**

Une première difficulté se situe au niveau du positionnement de la pathologie alcoolique au regard de ce concept.

En effet, certains auteurs (Marlatt & al., 1988 ; Cerclé, 1998 ; Hufford, 2001...) ont relevé que l'alcoolisation peut être considérée comme une stratégie de coping face aux stressors de la vie moderne. Cette considération rendrait quasi caduque l'intérêt pour le coping. Le Brief Cope mentionne d'ailleurs « la consommation de substance » comme un coping à part entière.

En revanche, si l'alcoolisme est assimilé à un type de personnalité (comme la dépression) ou à une maladie (comme le diabète), alors l'étude d'un coping particulier à cette population devient pertinente : les personnes alcooliques ont recours à des coping spécifiques, comparativement à la population générale.

De nombreuses études ont été réalisées en ce sens (Cooper & al. 1992 ; Varescon & al. 2005 ; Paparrigopoulos & al. 2005..). Les coping utilisés par les sujets alcooliques seraient dysfonctionnels, rigides, centrés sur l'émotion et/ou sur l'évitement plutôt que sur la tâche. Par ailleurs, Moussas & al. (2005) ont comparé les stratégies de coping de deux types d'alcoolisme (type I et type II selon la typologie de Cloninger, 1988). Des différences significatives ont été établies : les sujets de type II (cf. alcoolisme chronique) utiliseraient davantage l'évitement et auraient moins recours à la distraction, à la recherche d'information et au coping « remplacement » que les sujets alcooliques de type I (cf. alcoolisme intermittent). Les auteurs concluent que ces divergences devraient être considérées dans le développement d'une prise en charge adaptée.

HA2.1 : Au vu de ces éléments, nous avançons que **les sujets alcooliques utiliseraient des coping différents de ceux de la population générale** (conformément aux données normatives). Par ailleurs, dans la lignée de Moussas & al. (2005), les **sujets alcooliques chroniques et intermittents auraient recours à des stratégies de coping contrastées** pour faire face au stress.

- **Le lieu de contrôle (HA2.2).**

Le **lieu de contrôle** des sujets alcooliques ne fait pas consensus ; selon les études, il apparaît tantôt comme interne (Goss & Morosko, 1970 ; Distephano & al, 1972...), tantôt comme externe (Butts & Chotlos, 1973 ; Mills & Taricone, 1991...). Cependant, un compromis semble être envisagé à travers le concept de « pseudo-internalité » (Reynaert & al., 1995).

A notre connaissance, aucune étude comparative du lieu de contrôle de ces deux types d'alcoolisme n'a été entreprise. Nous nous demandons si ce ne sont pas les sujets alcooliques intermittents qui apparaissent alors comme plus « internes ».

HA2.2 : Nous nous attendons à ce que les **sujets alcooliques intermittents soient plus « internes » que les sujets alcooliques chroniques.**

6.1.3. Les événements de vie (HA3) :

Les données théoriques nous apprennent qu'au niveau événementiel, les sujets alcooliques rapportent davantage d'événements de vie que les témoins, et qu'ils seraient plus sensibles aux événements négatifs (Goorwood, 2004).

Plus précisément, les auteurs notent une surcharge d'événements de vie, vécus de manière stressante, précédant l'alcoolodépendance, suivie par un excès d'événements en lien avec les alcoolisations (Amiel-Lebigre, 1987 ; O'Doherty, 1991 ; Varescon & al, 2005...).

Au niveau qualitatif, les études soulignent une multiplicité des pertes et des conflits précédant et/ou suivant les alcoolisations (Tatossian & al., 1983 ; Tousignant & O'Harris, 2001 ; Varescon & al., 2005...).

Par ailleurs, les troubles au niveau de la chronologie et de la temporalité sont reconnus comme caractéristiques de l'alcoolodépendance (Fouquet, 1951 ; Descombey, 2005...). Cependant, Legrand (1997) note que si l'histoire de vie des sujets alcooliques chroniques (buveurs invétérés) est ponctuée de stress constants et d'accidents dans lequel l'alcool joue un rôle déterminant, ils éprouvent des difficultés à lier ces éléments à leur histoire. En revanche, l'alcoolisme intermittent (ou de compensation) serait un « phénomène biographique », l'histoire de vie, en lien ou non avec les alcoolisations, est décrite pleine de drames.

Ces données nous conduisent à envisager les événements de vie selon quatre dimensions :

- **HA3.1** : D'un point de vue quantitatif, les sujets alcooliques intermittents rapporteront davantage d'événements de vie que les sujets alcooliques chroniques.
- **HA3.2** : Du point de vue chronologique, nous nous demandons si les troubles liés à la temporalité sont plus prégnants chez les sujets alcooliques chroniques.
- **HA3.3** : Du point de vue de l'impact émotionnel, nous avançons que les sujets alcooliques intermittents exprimeraient davantage d'émotions en lien avec les événements vécus alors que les sujets alcooliques chroniques seraient plus réservés.
- **HA3.4** : Enfin, au regard des liens éventuels entre événements vécus et alcoolisations, les sujets alcooliques chroniques éprouveraient davantage de difficultés à effectuer cette liaison. Au contraire, le sujet alcoolique intermittent établirait davantage de liens entre les événements vécus et leurs alcoolisations.

6.2. Réalité interne (HB).

A notre connaissance, aucune recherche n'a tenté de comparer la réalité intrapsychique des sujets alcooliques en fonction de leur mode de consommations chronique et intermittente. Ainsi, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'organisation de la personnalité (image du corps et représentation de soi, relation d'objet, angoisse, mécanismes de défense), et au fonctionnement mental (espace imaginaire, mentalisation, efficacité des défenses).

6.2.1. *L'organisation de la personnalité :*

Au niveau structural, il n'existe pas de consensus univoque quant à une organisation spécifique de la personnalité alcoolique. Elle a d'abord été décrite comme névrotique (en termes d'oralité, d'homosexualité latente... Abraham, 1908 ; Melman, 1972-1976...). Puis, avec l'avènement du concept d'état limite, elle s'est peu à peu insérée dans cette organisation (Venisse, 1993 ; Gomez, 1993 ; Sztulman, 2001...). Enfin, la question de la frontière avec la structure psychotique a été soulevée (Balint, 1971 ; Pellet & Cottraux, 1972...), certains auteurs auraient d'ailleurs repéré une enclave autistique (Monjauze, 1991 ; Deswell, 2002...).

D'autres (Devillières & al., 1993 ; Descombey, 1994 ; Stora, 2004...) avancent, au contraire, qu'il n'existe pas d'organisation de la personnalité spécifique à la problématique alcoolique. En d'autres termes, l'alcoolodépendance peut venir se greffer à une personnalité névrotique, limite ou psychotique sous-jacente.

Les études réalisées à partir des outils projectifs ne nous permettent pas non plus de poser une organisation typique, en dépit de certains consensus autour de la fragilité de l'image du corps, de l'identité et de l'investissement de la relation d'objet. Si la structure névrotique est, dans tous les cas, inadéquate, certains arguments plaident en faveur de l'organisation limite (Brelet-Foulard, 1988, Pheuplin & al., 2004...), et d'autres convergent vers la structure psychotique (Monjauze, 1991 ; Zarca & Monjauze, 2002...), à moins qu'il soit impossible de parler la problématique alcoolique en termes structuraux (Vernet, 1983...).

HB1 : Sans nous avancer sur sa nature, ces données nous conduisent à postuler une organisation de la personnalité différente des sujets alcooliques chroniques et intermittents.

Plus précisément, **l'organisation intrapsychique des sujets alcooliques chroniques serait plus régressive que celle des sujets alcooliques intermittents.**

En suivant les travaux de Bergeret (1975), Chabert (1997) et De Tychey (1994), l'organisation intrapsychique sera appréhendée selon **quatre dimensions** :

A) L'image du corps et la représentation de soi :

Les données de la littérature et les études menées à partir des projectifs font consensus autour de l'idée d'une image du corps fortement atteinte chez le sujet alcoolique. De même, la représentation de soi apparaît fragilisée, les troubles identitaire et identificatoire sont majeurs.

HB1.1 : En l'absence d'étude comparative, nous avançons que l'image du corps (HB1.1.1) et la représentation de soi (HB1.1.2) seraient atteintes dans les deux groupes, cependant elles seraient plus fragiles chez les sujets alcooliques chroniques.

B) La relation d'objet :

Les travaux réalisés à partir du Rorschach (Barthélémy, 1983 ; Jacquet & Corbeau, 2004...) et du TAT (Brelet-Foulard, 1988 ; Pheuplin & al., 2003...) rejoignent les données de la littérature à propos de la fragilité des relations objectales des sujets alcooliques. Le niveau génital étant hors jeu, la relation d'objet s'inscrirait plutôt dans le registre limite, dans ses dimensions anaclitique et/ou narcissique, bien que frôlant parfois le fusionnel. A ce propos, Monjauze (1991-2001) situe le sujet alcoolique hors de la relation d'objet.

HB1.2 : L'accession à une relation d'objet génitale sera compromise dans les deux groupes ; cependant, la relation d'objet sera plus élaborée chez les sujets alcooliques intermittents.

C) L'angoisse dominante :

Les données de la littérature et les travaux menés à partir des projectifs nous montrent que l'angoisse non métabolisée est prépondérante chez le sujet alcoolique. Plus précisément, l'angoisse dominante se situe en deçà de la problématique de castration. L'angoisse dépressive de perte d'objet semble particulièrement pertinente (Bergeret, 1975 ; Mc Dougall, 1978 ; Barthélémy, 1983 ; Pheuplin & al., 2003...), mais n'exclut pas la possibilité d'une angoisse plus archaïque, de spécificité alcoolique (Monjauze, 1991-2001...).

HB1.3 : Dans les deux groupes, nous nous attendons à trouver une angoisse importante (HB1.3.1) en deçà de la castration (HB1.3.2), cependant l'angoisse dominante apparaîtra comme plus archaïque chez les sujets alcooliques chroniques.

D) Les mécanismes de défense :

Les données théoriques postulent la conduite alcoolique, en tant que recours au comportement, en soi comme une opération défensive (Simmel, 1929 ; Venisse & al. 1992 ; Monjauze, 1991-2001...), à laquelle s'ajoute un polymorphisme des défenses (oscillation entre idéalisation/dévalorisation, déni, clivage...) rappelant les organisations limites.

HB1.4 : Toujours en l'absence d'étude comparative, nous nous demandons si **les mécanismes de défense mis en place par les sujets alcooliques chroniques seraient différents, et surtout plus archaïques** que ceux utilisés par les sujets alcooliques intermittents.

6.2.2. Le fonctionnement mental.

Au niveau du fonctionnement mental, les données de la littérature révèlent la fragilité (constitutive ou secondaire) de l'espace psychique, et de l'utilisation des ressources internes. Les carences précoces et la faillite du processus d'introjection (Mijolla & Shentoub, 1973 ; Venisse, 1993...) témoignent, chez le sujet alcoolique, d'un monde interne vide d'objets stables et rassurants sur lesquels échafauder la fantasmagorie et la mentalisation.

D'ailleurs, l'alcoolisation, en tant que conduite d'agir, signe en elle-même l'échec du recours à la mentalisation (Clavreul, 1959 ; Mijolla & Shentoub, 1973 ; Bergeret, 1975 ; Bourdellon, 2004...). A ce propos, les épreuves projectives (Brelet-Foulard, 1988 ; Jacquet, 1992 ; Pheuplin & al. 2003 ; Zarca & Monjauze, 2004...) montrent que le sujet alcoolique va plutôt s'appuyer sur le perceptif et/ou sur l'examineur afin de pallier au vide ou à l'inaccessible de sa réalité psychique. Du fait de ces dysfonctionnements, les mécanismes de défense les plus élaborés, et notamment le refoulement sont mis hors jeu (Vernet, 1983 ; Pelicier, 1984 ; Brelet-Foulard, 1988 ; Barthélémy, 1995...).

Enfin, à notre connaissance, aucune étude n'a cherché à comparer les ressources psychiques des sujets alcooliques chroniques et intermittents.

HB2 : **Le fonctionnement psychique des sujets alcooliques serait altéré. Or, il serait moins défaillant chez les sujets alcooliques intermittents.**

En suivant les travaux de De Tychev & al. (1991), nous approcherons le fonctionnement mental à travers **trois dimensions** :

1) L'espace imaginaire :

Même si, à notre connaissance, aucune étude n'a entrepris d'exploration détaillée de cette dimension, nous avons souligné que les carences précoces et la faillite de l'introjection laissaient présager un appauvrissement de cet espace interne.

HB2.1 : L'espace imaginaire devrait apparaître comme **appauvri dans les deux groupes**. Cependant, il serait **plus riche chez les sujets alcooliques intermittents** que chez les sujets alcooliques chroniques.

2) La mentalisation et l'activité de symbolisation :

L'espace interne étant affaibli, les capacités de mentalisation sont également compromises. Le travail mental est suppléé par une autre voie de décharge : le comportement, comme en témoigne la conduite. D'ailleurs, l'alcoolisation tiendrait lieu de « pseudo symbolisation », permettant illusoirement de lier les excitations (Clavreul, 1959 ; Mijolla & Shentoub, 1973...). A ce propos, de nombreux auteurs (Brelet-Foulard, 1988 ; Zarca & Monjauze, 2002 ; Pheuplin & al., 2003 ; Jacquet & Corbeau, 2004...) ont mis en avant la pauvreté associative des sujets alcooliques, entravant un authentique travail de liaison.

HB2.2 : Les **capacités de mentalisation seront atteintes dans les deux groupes**.

Cependant, les **sujets alcooliques intermittents présenteront une mentalisation** (expression pulsionnelle **HB2.2.1** ; qualité des symbolisations sexuelles et agressives **H2.2.2** ; liaison entre affect et représentation **HB2.2.3**) **d'une qualité supérieure** à celle des sujets alcooliques chroniques.

3) L'efficacité des opérations défensives :

Les données de la littérature ont souligné la difficulté des sujets alcooliques à mettre en place des défenses élaborées, particulièrement le refoulement (Pelicier, 1984 ; Brelet-Foulard, 1988 ; Barthélémy, 1995...). Celles-ci sont alors relayées par d'autres opérations moins efficaces (clivage, déni, idéalisation/dévalorisation...).

HB2.3 : L'**efficacité des opérations défensives sera problématique dans les deux groupes**.

Cependant, les **mécanismes de défense seraient utilisés de manière plus efficace par les sujets alcooliques intermittents**.

METHODOLOGIE

1. POPULATION

Nous avons pour objectif initial de comparer **trois groupes** : deux groupes de sujets alcooliques (chroniques/intermittents) et un groupe contrôle. Grâce à l'insertion de personnes non alcooliques, nous pensions distinguer les éléments spécifiques à l'alcoolodépendance. Cependant, les premières investigations nous ont conduits à abandonner cette option. Les informations recueillies auprès des personnes non alcooliques (en particulier aux projectifs...) révélaient, parfois, d'autres problématiques venant biaiser les résultats (tendances dépressives, addiction au sport...). De plus, le but de cette étude n'est pas de comparer une population de sujets alcooliques à des sujets non consommateurs, cette mesure perdait donc de son sens...

Nous avons donc **comparé deux groupes de sujets alcoolodépendants** qui, en fonction des données nosographiques, correspondent aux deux principaux types (le troisième, assimilé aux formes psychiatriques, dipsomaniaques ne sera pas abordé) :

- l'« **alcoolisme/alcoolodépendance chronique** »
- l'« **alcoolodépendance/alcoolisme intermittent** »

Il ne s'agit pas ici, de proposer une nouvelle terminologie... nous avons seulement opté pour une dénomination qui tente de réunir les tendances actuelles autour du concept « **d'alcoolodépendance** » (conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation ; Société Française d'Alcoologie, 2001), et les **typologies classiques comportementales** (conduite chronique, consommation régulière voire quotidienne ; et conduite intermittente, consommation périodique et/ou compulsive).

1.1. Critères d'inclusion.

Les classifications avancent de nombreux indices différenciateurs entre alcoolisme chronique et intermittente (cf. **tableau récapitulatif, p. 25**). Cependant, nous ne retiendrons pas l'ensemble de ces éléments, qui offrent une vision plutôt stéréotypée de ces deux types de dépendance à l'alcool. En conséquence, nous conserverons deux critères d'inclusion :

A) La conduite de consommation :

- **Chronique** : alcoolisation régulière voire quotidienne.
- **Intermittente** : alcoolisation compulsive, périodique.

Ce critère sera vérifié à partir des informations fournies par les soignants des structures d'accueil, et grâce à une demande directe aux sujets lors de la présentation du protocole de recherche (« *pouvez vous me décrire, en préambule, vos alcoolisations ?* »).

B) La dépendance à l'alcool

Toutes les personnes ayant participé à cette recherche sont dépendantes à l'alcool.

Afin de confirmer cet état, nous nous sommes référés au questionnaire « **Short Mast** » de Seltzer & al. (1975). Cet outil (cf. **Annexes I Méthodologie n°I-1, p. 2**), bien qu'ancien, possède des qualités intéressantes (sensibilité, spécificité, valeur prédictive) qui permettent de repérer l'alcoolodépendance. Concernant le diagnostic actuel, sa spécificité est de 62% et sa sensibilité de 100% ; pour le diagnostic sur la vie entière, ces deux dimensions atteignent respectivement 90% et 82% (Paille, 2000).

Il s'agit d'un instrument dichotomique (les propositions sont cotées oui/non), composé de treize items. La probabilité d'une alcoolodépendance atteint 80% pour un score supérieur ou égal à 5 ; au-delà de 10 points, l'alcoolodépendance est probable à 100%.

Il ne nous a pas paru nécessaire de proposer ce questionnaire aux sujets. En effet, les questions 6, 10 et 11 valent 5pts ; en conséquence, une seule réponse positive rend fortement plausible l'alcoolodépendance. Les sujets interrogés auraient obligatoirement répondu « oui » à l'une de ces questions dans la mesure où nous les avons rencontrés lors de réunions d'anciens buveurs (item 6), à la fin de leur cure de sevrage (item 11) ou à l'occasion de leur suivi (item 10). De ce fait, nous avons inféré l'alcoolodépendance des sujets...

De plus, hormis un sujet alcoolique chronique, tous ont mentionné et reconnu leur dépendance à l'alcool, par ailleurs confirmée par les soignants qui nous ont orientés.

Pour ces mêmes raisons, les sujets répondent au seuil établi par le DSM, où au moins trois des critères (cf. **cadre théorique, p. 23**) proposés sont retrouvés dans le discours des sujets.

1.2. Variables prises en considération.

1.2.1. Age :

Nous n'avons pas fixé de limite supérieure concernant l'âge des sujets.

Selon les données épidémiologiques, les sujets alcooliques intermittents consulteraient entre vingt et quarante cinq ans, et les personnes chroniques, plus généralement, après quarante ans. L'âge de 20 ans, nous a semblé trop proche d'une adolescence toujours plus longue...

En effet, le sujet n'a peut-être pas atteint la maturité nécessaire pour abandonner le « mode culturel » de consommation adolescent (alcoolisation extrême du week-end...). En conséquence, nous avons sollicité des sujets d'**au moins 25 ans**, âge que nous espérons suffisamment éloigné de cette période sensible...

1.2.2 Sexe :

Les deux groupes étudiés sont composés de **sujets masculins et féminins**.

Parmi les facteurs étiologiques, nous avons parfois relevé des inégalités face l'alcool, et des distinctions selon le sexe. Or, l'alcoolisme féminin est-il si différent ? Ne s'agit-il pas de nuances plutôt que d'oppositions ? Nous pensons avec Fouquet (1951) que si différence il y a, c'est apparemment et non fondamentalement, mais ce point nécessiterait d'autres approfondissements et recherches.

Les données étiologiques nous apprennent que la consommation chronique concerne trois fois plus d'hommes que de femmes alors que, contrairement aux idées reçues, la répartition s'équilibre en ce qui concerne les alcoolisations intermittentes (Karila, 2006). Nous avons donc tenté, dans notre échantillon, de respecter cette répartition.

1.2.3. Durée de l'abstinence :

Par souci d'homogénéité, il eut été souhaitable que tous les sujets soient appréhendés durant leur sevrage (de préférence le premier hospitalisé ou en ambulatoire), ou qu'ils soient abstinents. Cependant, la réalité du terrain ne nous a pas permis de respecter cet objectif.

Ainsi, les sujets alcooliques chroniques ont été majoritairement rencontrés à la fin de leur sevrage (seuls deux sujets sont abstinents depuis quelques temps).

Les sujets alcooliques intermittents connaissent rarement de sevrage physique (dépendance psychique) et bénéficient plutôt d'un suivi ambulatoire, en dehors de l'hôpital. C'est donc dans ce cadre ou grâce aux groupes néphalistes, que nous les avons sollicités. Par ailleurs, l'une des spécificités de la consommation compulsive est la fréquence des rechutes... En conséquence, un seul sujet affirmait être totalement abstinent.

De ce point de vue les groupes peuvent sembler très hétérogènes... mais n'est-ce pas une des caractéristiques de la population alcoolique ?

1.3. Description des deux groupes de sujets.

Sur la trentaine de personnes rencontrées, nous avons retenu **treize sujets : sept sujets alcooliques chroniques et six sujets alcooliques intermittents.**

Le groupe de sujets alcooliques chroniques comporte cinq hommes et deux femmes âgés de 35 à 51 ans (âge moyen = 40,3 ans) et, le groupe de sujets intermittents est composé de trois hommes et trois femmes âgés de 30 à 45 (âge moyen = 43,1 ans). Cette distribution selon le sexe se veut donc, dans la limite du possible, congruente avec la répartition hommes/femmes rapportée par les données épidémiologiques.

Voici donc la description succincte des sujets participant à la recherche :

Sujets alcooliques chroniques :	Sujets alcooliques intermittents :
<p>M. C : 35 ans, marié, un enfant ; Employé dans le bâtiment ; Rencontré lors de son 3^{ème} sevrage ; Tout juste abstinent ; Ne bénéficie pas d'un suivi thérapeutique.</p>	<p>M. J. : 42 ans, divorcé, célibataire, un enfant ; VRP (en arrêt de travail de longue durée) ; Rencontré dans un groupe néphaliste ; Abstinent depuis quelques mois ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>
<p>M. P. : 39 ans, célibataire, sans enfant ; Plongeur dans la restauration ; Rencontré dans un groupe néphaliste ; Abstinent depuis un an ; Ne bénéficie pas d'un suivi thérapeutique.</p>	<p>M. D : 30 ans, concubinage, sans enfant ; Chômage ; Rencontré lors de son suivi ambulatoire ; Consomme périodiquement ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>
<p>M. M : 51ans, divorcé, célibataire, deux enfants ; Chômage ; Rencontré lors de son suivi ambulatoire ; Abstinent depuis quelques mois ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>	<p>M. R : 50 ans, divorcé, célibataire, deux enfants ; Agent de sécurité ; Rencontré lors de son sevrage en 2002 ; Abstinent depuis un an ; Ne bénéficie pas d'un suivi thérapeutique.</p>
<p>M. S : 35ans, célibataire sans enfant ; Chômage ; Rencontré lors de son 1er sevrage ; Tout juste abstinent ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>	<p>Mme G : 54 ans, mariée, sans enfant ; Retraitée de la fonction publique ; Rencontrée lors de son suivi ambulatoire ; Consomme périodiquement ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>
<p>M. V. : 42 ans, divorcé, célibataire, trois enfants ; Peintre en bâtiment ; Rencontré lors de son 1er sevrage ; A rechuté dès sa sortie de cure, non abstinent ; Ne bénéficie pas d'un suivi thérapeutique.</p>	<p>Mme O. : 42 ans, célibataire sans enfant ; Chômage ; Rencontrée lors de son suivi ambulatoire ; Consomme périodiquement ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>
<p>Mme B. : 39 ans, divorcée, concubinage, sans enfant ; Fonctionnaire ; Rencontrée lors de son 2ème sevrage ; Tout juste abstinent ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>	<p>Mme V. : 41 ans, divorcée, célibataire, sans enfant ; Invalidité ; Rencontrée dans un groupe néphaliste ; Consomme périodiquement ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>
<p>Mme P. : 41 ans, mariée, quatre enfants ; Hôtesse de caisse ; Rencontrée lors de son 1er sevrage ; Tout juste abstinent ; Bénéficie d'un suivi thérapeutique.</p>	

2. INSTRUMENTS

La prise en considération de la réalité externe perçue et de la réalité intrapsychique, nous conduit au choix méthodologique suivant :

- un **entretien semi-directif** ;
- un **questionnaire d'événements de vie** présenté sous forme d'entretien (inspiré des travaux de Ferreri, Vacher & al. 1987) ;

Le premier entretien permettra d'identifier les modalités chronique et intermittente de la conduite alcoolique, et examinera l'appréhension de la réalité externe perçue : attentes vis-à-vis de l'alcool, causes avancées (attributions) pour expliquer les alcoolisations. Le second explorera les événements de vie (chronologie, impact, liens éventuels avec les alcoolisations).

- une **échelle de coping**, le Brief Cope de Carver (1997, validation et traduction française de Muller & Spitz, 2003) ;
- **deux échelles de lieu de contrôle** : la traduction française (Loas & al., 1994) de l'IPC (**I**nternal, **P**owerfull **O**thers and **C**hance scale) de Levenson (1972), et une échelle de lieu de contrôle spécifique aux personnes alcooliques (ARS : the **A**lcoholic **R**esponsability **S**cale de Worell & Tumilty, 1981) ;

Ces échelles apporteront un éclairage sur les stratégies cognitives des sujets alcooliques chroniques et intermittents.

- enfin, des **tests projectifs** (TAT, et Rorschach en passation classique et analytique).

Ils permettront d'appréhender l'organisation et le fonctionnement intrapsychique des sujets.

2.1. Des outils pour appréhender la réalité externe perçue.

2.1.1. *L'entretien clinique de recherche* :

L'entretien clinique de recherche, comme l'entretien pratiqué par le psychologue de terrain, « *vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation* » (Chahraoui, 1999). En ce sens, l'entretien clinique est l'outil par excellence pour interroger la réalité externe (approche descriptive), mais subjective d'un sujet tout en établissant une relation d'écoute réelle avec lui. Nous le savons, bien que basé sur l'intersubjectivité, l'entretien n'est pas une conversation mais s'attache à la co-construction de sens. Il s'y joue, à la fois, des éléments conscients (purement historiques) et inconscients (travail reconstruction selon les défenses...) ; c'est donc toute la personnalité et la singularité du sujet qui sont engagées dans cet « exercice ».

Cependant, l'entretien clinique de recherche possède des spécificités. En effet, son objectif n'est ni diagnostique, ni thérapeutique, il vise la vérification et/ou l'accroissement des connaissances propres à la problématique étudiée. Comme il s'efforce de répondre aux hypothèses formulées, le discours du sujet est orienté autour d'un thème. La position du sujet est particulière, car l'entretien est initié par le chercheur. « *Cela signifie que l'intérêt n'est pas immédiat pour le sujet...* » (Chahraoui, 1999), et il pourra trouver des bénéfices secondaires à ce travail (libération émotionnelle...). Ainsi, un entretien clinique de recherche n'est jamais neutre, « *le clinicien doit rester attentif aux aspects relationnels, à ce qu'il peut provoquer ou induire chez le sujet* » (Chahraoui, 1999).

En effet, la qualité des informations recueillies dépend notamment de la relation établie entre le sujet et le chercheur. A ce titre, l'objectivité totale reste un leurre, nous projetons également une part de nous-mêmes dans cette interrelation. L'entretien n'est donc pas exempt de biais interprétatifs, en raison de cette « confrontation » intersubjective. Une réflexion soignée quant aux mécanismes en jeu (implication, travail avec le transfert...) s'avère indispensable.

Enfin, soulignons que l'intérêt de l'entretien clinique de recherche est de mesurer l'impact qualitatif du vécu, tout en liant les éléments rapportés. Ce dispositif permettra, entre autres, de dégager le/les systèmes d'association du sujet qui rendent compte de sa singularité. « *Ce qui est important c'est ce que le sujet dit, ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire et ce qu'il peut dire* » (Chiland, 1983). En raison de ces particularités et parce qu'il est limité dans le temps, ce type d'entretien, si minutieux soit-il, ne peut se suffire à lui-même, il se doit d'être complété par d'autres informations (échelles de mesure, tests projectifs...).

Au niveau méthodologique, l'entretien clinique de recherche est toujours associé à un **guide** d'entretien, retraçant les hypothèses construites autour de la problématique explorée. Or, même si ce type d'entretien est davantage dirigé dans sa forme, le chercheur adopte une attitude de non directivité. Ainsi, la grille n'est pas imposée à la manière d'un questionnaire : le sujet discourt le plus librement possible, et est recadré seulement lorsqu'il s'éloigne des thèmes proposés.

La grille utilisée ici a été construite à partir de nos travaux antérieurs (DESS, DEA), et plus particulièrement grâce aux entretiens de soutien menés auprès de patients alcooliques en sevrage, au sein du service EHLAM (**E**quipe **H**ospitalière de **L**iaison en **A**lcoologie de **M**oselle, hôpital Bon Secours, Metz). Ces rencontres, au demeurant axées sur le versant thérapeutique, nous ont conduits à aborder des thèmes variés (comportement alcoolique, histoire de vie, sevrage...), fils conducteurs de l'élaboration de ce guide d'entretien.

En conclusion, l'entretien semi-directif proposé aux participants aura plusieurs buts :

- Installer et conforter la relation entre le sujet et clinicien chercheur, dans la mesure où les questions posées ne se réfèrent pas uniquement aux hypothèses de travail.
- Apporter des informations générales sur les sujets : conduite de consommation, sevrage, investissements relationnelles...
- Appréhender la réalité externe perçue du sujet, et donc répondre à l'hypothèse HA1, concernant les causes invoquées des alcoolisations et les attentes vis-à-vis de l'alcool.

Précisons d'ores et déjà que les questions ci-dessous ne seront pas formulées d'une manière aussi stricte, un maximum de liberté sera laissé à la parole du sujet. Cette grille nous servira de guide quant aux problématiques à examiner, et de support au cas où le sujet ne développerait que trop peu l'un des thèmes proposés. En d'autres termes, l'entretien évoluera au gré des relances et des éléments que le sujet souhaite ou non aborder...

GRILLE DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF :

Vous rappelez-vous la première fois où vous avez goûté à de l'alcool ? A quelle occasion ? Avez-vous apprécié son goût ? Quelles sensations avez-vous éprouvées ? Vos parents étaient-ils présents ? Comment ont-ils réagi ? Vous ont-ils encouragés, fait semblant de ne pas voir ? Cette première alcoolisation a-t-elle induit de nouvelles alcoolisations ? Adolescent(e), consommiez-vous de l'alcool lors des réunions entre amis ? Qu'avez-vous ressenti ?

Cette entame aborde la question de la « rencontre initiatique » avec l'alcool, et surtout quels engrammes, quels souvenirs (physiques, psychiques...) cette première expérience a laissés. Elle avance l'idée que l'adulte, et notamment les parents, ont pu inciter à la consommation, par leur attitude permissive ou, au contraire, répressive vis-à-vis de la boisson. Enfin, elles approchent la possible influence des pairs, dans le cas de l'adhésion aux alcoolisations « festives » du week-end.

Vos parents, vos frères et sœurs, des membres de votre famille (lesquels ?) consommaient ou consomment-ils de l'alcool ? A quelle fréquence ? Avez-vous souffert de leurs alcoolisations ? Quelle relation entretenez-vous avec ces personnes et plus particulièrement avec votre mère et votre père ? Vos parents (...) ont-ils eu des maladies étant reconnues comme liées à la consommation d'alcool ?

Ce groupe de questions envisage une éventuelle transmission familiale de l'appétence à l'alcool, ainsi que le ressenti du sujet à l'égard des alcoolisations de ses proches, et une possible expérience par procuration des conséquences de l'alcoolisme au niveau de la santé.

Quand avez-vous commencé à boire régulièrement de l'alcool ? A quelle fréquence, quelle place occupe/occupait l'alcool dans votre quotidien ?

Quel type d'alcool consommez (consommiez)-vous ? En quelle quantité ? De quelle manière (goulot, verre...) ? Buvez (buviez)-vous plutôt seul ou en groupe ? Vous arrive (arrivait)-t-il de vous cacher pour boire ? Quand vous buvez ou buviez le premier verre, parvenez-vous immédiatement à vous arrêter ou, au contraire, il en appelle systématiquement des autres ? Quand vous buvez/buviez de l'alcool avez-vous encore de l'appétit ? Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants ? Avez-vous ou aviez-vous tendance à minimiser ou à nier votre consommation et/ou votre problème avec l'alcool (notamment en cas de réalcoolisations) ? Avez-vous ou aviez-vous tendance à déformer la réalité, à cacher des choses ?

Ces questions mettent l'accent sur la fréquence de consommation : le sujet se considère-t-il comme un consommateur régulier ou périodique. Elles permettront donc de dégager les modalités chronique ou intermittente des alcoolisations. Aussi, elles explorent les préférences du sujet quant au choix d'alcool et son type de consommation. Elle observe si d'autres problématiques viennent se greffer à la conduite : trouble de la conduite alimentaire, consommation de drogues, de médicaments.... Enfin, elles approchent les éventuelles tendances à la dénégaration/déni reconnues par le sujet, induites ou non par l'alcool.

Avez-vous déjà connu l'ivresse, recherchez (recherchez)-vous l'ivresse ? Vivez (vivez) vous l'ivresse comme une fin en soi ? Avez (aviez)-vous besoin de boire beaucoup pour être ivre ? Avez (aviez)-vous la sensation d'être ivre quand vous buvez ? Vous arrive-t-il ou vous arrivait-il parfois de boire jusqu'à être inconscient voire de tomber dans le coma ? Cet état d'inconscience est-il ou était-il consciemment recherché ? Ces états vous ont (avaient)-ils conduits aux urgences ou vous ont (avaient)-ils poussés à commettre des actes impulsifs ?

Ces questions appréhendent la tolérance à l'alcool du sujet, et donc son degré d'habitude, son imprégnation. Aussi, elles conduisent à interroger le rôle de l'ivresse, indice différenciateur des deux types d'alcoolodépendance étudiés : « but avoué » ou sensation depuis longtemps oubliée... Enfin, nous envisageons les conséquences possibles des ces ivresses.

Pourquoi, selon vous, avoir choisi l'alcool ? A quoi attribuez/attribuez-vous vos alcoolisations (causes exprimées pour expliquer les alcoolisations) ? Rattachez (rattachez)-vous vos alcoolisations à des événements ou des périodes précis ? Connaissez-vous des périodes d'abstinence ? Vos réalcoolisations sont-(étaient)-elles liées à des événements, des périodes précises ? Comment vivez (vivez)-vous ces réalcoolisations ? Que ressentez-vous après ces réalcoolisations (honte, culpabilité...) ?

Ces questions explorent les causes (internes/externes) avancées par le sujet pour expliquer ses alcoolisations : personnalité, événements, hérédité... en réponse à l'**hypothèse HA1.1**. Elles favorisent les associations du sujet autour de ses alcoolisations et d'événements spécifiques (déclencheurs, facilitateurs) ; ainsi que son ressenti, notamment à l'égard des réalcoolisations. Enfin, la référence aux périodes d'abstinence permettra de distinguer les conduites chroniques et intermittentes, ces dernières étant justement entrecoupées d'intervalles de sobriété.

Que recherchez (recherchez)-vous, qu'attendez (attendiez)-vous de l'alcool et de ses effets (physiques et psychologiques) ? Que représente l'alcool pour vous ? A quoi ça vous sert ? Comment vous sentez-vous après avoir consommé de l'alcool ? Comment vous sentez vous quand vous êtes ivre ou plus encore ? Comment vous sentez (sentiez)-vous les lendemains d'alcoolisation, à jeun (physiquement, psychologiquement...) ?

Ces questions envisagent les attentes (physiques et/ou psychologiques) du sujet vis-à-vis de l'alcool ainsi que ce qu'il représente dans sa vie : habitude, automatisme, automédication, autodestruction... bref à quoi lui sert le produit alcool... en réponse à l'**hypothèse HA1.2**. Elle se penchera également sur le ressenti subjectif du sujet dans et hors des alcoolisations.

Quelles sont/ont été les conséquences de vos alcoolisations au niveau de votre vie quotidienne, familiale, professionnelle... ? Quels événements particuliers ont pu être engendrés par vos alcoolisations ? Vous rappelez-vous de vos actes lorsque vous avez bu ? Avez (aviez)-vous parfois honte des actes que vous commettez sous alcool ? Avez-vous l'impression que votre famille, vos proches souffrent (aient souffert) de vos alcoolisations ?

Ces questions observent l'incidence des alcoolisations sur la vie du sujet (sociale, familiale, professionnelle...), et plus particulièrement quant aux événements de vie. Elles explorent également le ressenti du sujet vis-à-vis des situations éventuellement engendrées, rappelées. Enfin, elles interrogent l'éprouvé de la famille à l'égard des alcoolisations du sujet.

Vous sentez-vous souvent déprimé, anxieux, nerveux, seul ? Pour quelles raisons ? Ces états favorisent (favorisaient)-ils vos (ré)alcoolisations ? Prenez-vous des médicaments ou autres pour calmer ces sensations ? Comment se manifeste/se manifestait votre envie de boire ? Que ressentez/ressentiez-vous dans ces moments particuliers ? Essayez-vous ou essayiez-vous de lutter contre ces impulsions ? De quelle manière ?

Ces questions renvoient à la manière dont le sujet se représente ses éprouvés subjectifs négatifs, et si ces états ont une incidence sur ses alcoolisations et leur répétition. Elles interrogent alors les raisons de son mal-être (situations, état permanent difficile à définir...). Aussi, elle observent également si le sujet consomme d'autres substances pour apaiser ces états. Enfin, elles envisagent l'envie de boire, le ressenti (physique, psychique) du sujet et les moyens mis en place par lui-même pour faire face à ces impulsions.

Considérez-vous vos relations sociales et familiales comme satisfaisantes ? Vos proches représentent-ils un soutien pour vous ? Certaines de ces personnes vous ont-elles aidés dans votre démarche de soin ? De quelle manière ? Au contraire, certaines vous ont-elles fait (re)chuter ? Vos amis consomment-ils de l'alcool ? Avez-vous dû mettre un terme à des relations à cause de l'alcool ou pour garantir votre abstinence ?

Ces questions renvoient au degré de satisfaction du sujet à l'égard de son entourage : ces relations représentent-elles un soutien ou un danger pour le maintien de l'abstinence, dans la mesure où ces liens peuvent être médiatisés par l'alcool. Enfin, elles observent l'incidence de l'alcool au niveau de la pérennité des relations interpersonnelles.

Avez-vous des activités particulières, que vous ne pratiquez plus, ou au contraire que vous ne pratiquiez pas avant ? Quels sont vos investissements actuels (relations amoureuses, travail...) ? Quel est votre réseau de relation ? Si vous ressentez à nouveau le besoin de boire, que faites-vous ? Plus généralement, comment faites-vous face au stress, à l'ennui... ?

Ces questions permettent, en outre, d'explorer les investissements du sujet, et par quels moyens concrets il pallie le besoin d'alcool, et fait face aux émotions négatives.

Combien de sevrage avez-vous vécu ? De quel type (seul, ambulatoire, cure, post-cure...) ? Pour quelles raisons avez-vous entrepris ce/ces sevrage(s) ? Qu'est-ce qui vous a motivé ? Comment avez-vous vécu ce/ces sevrage(s) (vis à vis de votre famille, vos amis, de l'équipe soignante, de vous-même...) ? Avez-vous reçu du soutien au cours de ce/ces sevrage(s) ? Comment avez-vous vécu « l'après » ? Après un sevrage vous est-il arrivé de vous réalcooliser ? Pour quelles raisons ? Comment vous sentiez-vous après vos réalcoolisations ? Combien de temps êtes-vous resté abstinent ? Avez-vous eu l'impression de pouvoir contrôler votre consommation, d'être « guéri » ? Ces réalcoolisations ont-elles abouti à un nouveau sevrage ? Selon vous, qu'est-ce qui a été le plus difficile pendant et après le sevrage ? (prendre la décision, le début, la stabilisation...)

Ces questions explorent la période sensible du sevrage, les éventuelles rechutes, le soutien reçu... toujours en s'axant sur le ressenti du sujet.

Faites-vous partie d'un groupe néphaliste ? Que vous apportent ces groupes, que ressentez-vous lors des réunions ? Bénéficiez-vous d'un suivi (psychothérapeutique, médical...) ? Que vous apporte-t-il ? Selon vous, à quel niveau doit se situer une aide ? De quoi auriez-vous eu besoin et que vous n'avez pas reçu ? D'après vous comment améliorer la prise en charge ?

Ces questions s'intéressent au travail individuel ou groupal entrepris ou non par le sujet, s'il cherche un soutien auprès d'anciens buveurs avec lesquels il partage cette expérience ou avec l'aide de professionnel. Enfin, elles permettent d'obtenir l'opinion du sujet quant aux prises en charge actuelles et de laisser libre cours à des propositions d'amélioration des soins.

Comment-vous sentez-vous aujourd'hui ? Quelle est votre relation actuelle à l'alcool ? Pensez-vous l'abstinence comme une fin en soi ? Pensez-vous reboire un jour, avoir à nouveau une relation « normale » avec l'alcool ? Vous considérez-vous comme une personne alcoolique ? Comment vous représentez-vous la personne alcoolique ? Si vous deviez expliquer à quelqu'un ce qu'est l'alcoolisme, comment le définiriez-vous ? Pour vous l'alcoolisme est-il une maladie ? Faites-vous une différence entre l'alcoolisme féminin et masculin ?

Ces questions semblent pertinentes pour saisir « où se situe » le sujet par rapport à sa problématique, par rapport à l'alcool et par rapport à son identité propre (alcoolique/non alcoolique). Enfin, elles permettront au sujet de proposer ses propres représentations eu égard à ce trouble, à l'alcoolique et une éventuelle distinction homme/femme.

2.1.2. Des échelles pour évaluer les stratégies cognitives :

Nous avons choisi de comparer les stratégies cognitives des sujets alcooliques chroniques et intermittents selon deux axes : le coping et le lieu de contrôle.

Pour ce faire, nous utiliserons trois échelles :

- **Le Brief Cope de Carver** (1997, traduction et validation française de Muller et Spitz, 2003) propose une évaluation multidimensionnelle du coping ;
- **L'IPC (Internal, Powerfull Others and Chance) de Levenson** (1972, traduction et validation française de Loas et al., 1994), échelle généraliste de lieu de contrôle.
- **L'ARS (Alcoholic Responsibility Scale) de Worell & Tumilty** (1981), appréhende de manière spécifique le lieu de contrôle des sujets alcooliques.

« L'avantage de ces différentes techniques, certes réductrices, est de promouvoir une analyse objective du matériel, rompant avec l'analyse de contenu purement thématique ou intuitive » (Pedinielli, 1995). L'utilisation de ces outils nous invite donc à sortir du carcan de la subjectivité en apportant des informations mesurables, objectives.

Cependant, une limite de ces instruments tient à son caractère, ici, « auto-administré ». Ce mode de passation comporte, en effet, deux problèmes majeurs :

- **La compréhension de la consigne.**

Pour pallier cette difficulté, nous lirons la consigne avec le sujet afin de nous assurer d'une intelligibilité optimale.

- **La quantification** : « beaucoup » pour un sujet peut signifier « un peu » pour un autre selon son système de valeur...

A ce propos, Pedinielli (1995) souligne « *quant aux gradations, il existe des stéréotypes de réponse qui tiennent plus aux traits de personnalité qu'au phénomène mesuré...* » ; d'où l'intérêt de mettre en lien les données recueillies avec d'autres informations...

C'est ainsi que nous tenterons d'opérer des convergences entre nos outils. Cette précaution devrait nous permettre d'inclure, de manière cohérente, ces méthodes quantitatives à l'ensemble de notre travail, et éviter certains biais propres à ces outils (réductionnisme, désirabilité sociale...).

2.1.2(a) Echelle d'évaluation multidimensionnelle du Coping : le Brief Cope de Carver (1997)

Le Brief Cope se présente sous la forme d'un inventaire auto-administré qui appréhende quatorze dimensions du coping (2 items par dimension soit un total de 28 items) :

- Coping actif (2 ; 20)
- Planification (13 ; 24)
- Soutien instrumental (10 ; 19)
- Soutien émotionnel (5 ; 14)
- Expression des sentiments (9 ; 18)
- Réinterprétation positive (11 ; 26)
- Acceptation (8 ; 23)
- Blâme (12 ; 25)
- Humour (16 ; 28)
- Religion (7 ; 27)
- Dénier (3 ; 21)
- Distraction (1 ; 17)
- Utilisation de substance (4 ; 22)
- Désengagement comportemental (6 ; 15)

Cette échelle, selon la consigne, permet d'appréhender le « coping trait » (style de coping stable mis en place par le sujet face au stress en général, format dispositionnel), ou le « coping état » (manière du sujet de faire face à une situation particulière, format situationnel).

Nous nous intéressons ici au « **coping-trait** » (format dispositionnel) permettant d'identifier les coping habituels, fonctionnels ou dysfonctionnels, et leurs possibles impacts à long terme...

Ainsi, pour chacune des propositions, le sujet devra évaluer sur un continuum si, de manière générale, face à une situation stressante, il utilise les différentes stratégies de coping :

- Pas du tout (= 1pt)
- Un peu (= 2pts)
- Beaucoup (= 3pts)
- Tout à fait (= 4pts)

Les scores pour chacune des sous-échelles varient donc de **2 à 8**.

En ce sens, un score de 2 à la sous échelle « coping actif » signifie que ce type de stratégie n'est pas habituellement utilisé par le sujet pour faire face au stress. A l'inverse un score de 8 à ce même style de coping, signifie que la personne a généralement recours à cette stratégie d'ajustement pour faire face aux situations stressantes.

Les données recueillies nous permettront de répondre à l'**hypothèse HA2.1** concernant une éventuelle différence entre les stratégies de coping utilisées par le groupe de sujets alcooliques chroniques et les sujets alcooliques intermittents.

Le BRIEF COPE de CARVER (1997)

Traduction et validation française par Muller et Spitz (2003)

CONSIGNE : nous sommes intéressés par la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées aux événements difficiles ou stressants dans leur vie. Il y a beaucoup de manière d'essayer de faire face au stress. Ce questionnaire vous demande d'indiquer ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant.

	pas du tout	un petit peu	beaucoup	tout à fait
1. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.				
2. Je détermine une ligne d'action et je la suis.				
3. Je me dis que ce n'est pas réel.				
4. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.				
5. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.				
6. Je renonce à essayer de résoudre la situation.				
7. J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.				
8. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.				
9. J'évacue mes sentiments déplaisants en parlant.				
10. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.				
11. J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.				
12. Je me critique.				
13. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.				
14. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.				
15. J'abandonne l'espoir de faire face.				
16. Je prends la situation avec humour.				
17. Je fais quelque chose pour moins y penser (aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).				
18. J'exprime mes sentiments négatifs.				
19. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.				
20. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.				
21. Je refuse de croire que ça m'arrive.				
22. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.				
23. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.				
24. Je planifie les étapes à suivre.				
25. Je me reproche les choses qui m'arrivent.				
26. Je recherche les aspects positifs dans ce qui m'arrive.				
27. Je prie ou je médite.				
28. Je m'amuse de la situation.				

2.1.2(b) Les échelles d'internalité

L'introduction d'une échelle de lieu de contrôle a été motivée par plusieurs éléments. Outre la richesse des données théoriques autour de ce concept, l'absence de consensus quant au lieu de contrôle des sujets alcooliques, nous a conduits à envisager une éventuelle spécificité. D'autant qu'à notre connaissance, aucune étude différentielle n'a cherché à confronter le lieu de contrôle de sujets alcooliques chroniques et intermittents...

Par ailleurs, du point de vue des événements de vie, il est recommandé d'interroger le sentiment de contrôle des sujets face aux situations vécues. Or, il existe des outils évaluant cette dimension, autorisant alors des convergences.

Enfin, il semble intéressant d'utiliser conjointement une échelle de lieu de contrôle généraliste (IPC) et une spécifique à la problématique alcoolique (ARS), ce dernier outil n'ayant jamais été développé dans notre pays.

L'IPC et l'ARS nous permettront de vérifier **les hypothèses HA2.2.a et b**, avançant un lieu de contrôle « plus interne » chez les sujets alcooliques intermittents.

2.1.2(b.1) L'IPC (Internal, Powerfull other and Chance scale) de Levenson (1972)

L'IPC de Levenson (1972) a fait l'objet d'une traduction et d'une validation française (Loas & al, 1994) qui offre des caractères métrologiques satisfaisants.

Par ailleurs, elle a déjà été utilisée dans une étude comparant une population de personnes alcooliques à un groupe de sujets non-alcooliques (Dhee-Perot & al, 1996)

C'est une échelle de type Likert composée de vingt quatre items se répartissant en trois sous-échelles de huit items chacune :

- **Sous-échelle I** : croyance en un contrôle interne (Items : 1-4-5-9-18-19-21-23).
- **Sous-échelle P** : croyance en un contrôle par des individus tout-puissants, elle correspond à l'externalité prévisible (Items : 3-8-11-13-15-17-20-22).
- **Sous-échelle C** : croyance dans la chance, elle renvoie à l'externalité imprévisible (Items : 2- 6-7-10-12-14-16-24).

Pour chaque proposition, le sujet choisit entre six réponses réparties sur un continuum allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord », auquel il est adjoit un score :

- Pas du tout d'accord = -3
- Pas d'accord = -2
- Plutôt pas d'accord = -1
- Plutôt d'accord = 1
- D'accord = 2
- Tout à fait d'accord = 3

Le score à chacune des sous-échelles est obtenu par sommation des items auxquels nous ajoutons 24. Les sous-scores varient donc entre **0 et 48**.

Par exemple, un score élevé à la sous échelle I signifie que le sujet possède une croyance en un contrôle interne (renforcements déterminés par ses propres actions, ses caractéristiques personnelles).

IPC (Internal, Powerfull Others and Chance) de LEVENSON (1972) :

Traduction et validation française par Loas & al (1994)

Instructions :

Vous trouverez ci-dessous une série de propositions. Chacune d'elles représentent une opinion ou une attitude souvent retenue. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Ce qui nous intéresse, c'est de savoir dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord avec de telles opinions.

Lisez chaque phrase attentivement. Ensuite, indiquez le degré de votre accord ou de votre désaccord en marquant une croix dans la case correspondante.

Vous pouvez choisir entre :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Plutôt d'accord

- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Les premières impressions sont souvent les meilleures. Lisez chaque phrase. Décidez si vous êtes d'accord ou pas d'accord et la force de votre opinion puis faites une croix dans la case qui vous convient le mieux.

DONNEZ UNE REPONSE POUR CHAQUE PROPOSITION

Si vous trouvez qu'aucune case ne peut refléter ce que vous ressentez, cochez celle qui s'en rapproche le plus.

MERC!

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Le fait que je devienne ou non un leader dépend de mes capacités.						
2. Ma vie est en grande partie dirigée par des événements dus au hasard.						
3. J'ai le sentiment que ce qui arrive dans ma vie est principalement décidé par des gens puissants.						
4. Le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'accident de voiture dépend surtout de mon habileté au volant.						
5. Quand je fais des projets, je suis presque toujours sûr de réussir.						
6. Il n'est souvent pas possible de protéger mes intérêts contre des événements malchanceux.						
7. Quand j'obtiens ce que je veux, c'est généralement par chance.						
8. Sans l'intervention de personnes bien placées, on ne me donnera pas un poste à responsabilité même si je suis capable de l'occuper.						
9. Le nombre d'amis que j'ai dépend de mon degré de gentillesse personnelle.						
10. J'ai souvent constaté que ce qui doit arriver arrive.						
11. Le déroulement de mon existence est essentiellement sous le contrôle des gens puissants.						
12. Le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'accident de voiture est avant tout une question de hasard.						
13. Les gens comme moi ont très peu de possibilités de défendre leurs intérêts personnels contre ceux de puissants groupes de pression.						
14. Pour moi, il n'est pas toujours sage de faire des projets trop longtemps à l'avance car de nombreuses choses s'avèrent être une question de bonne ou de mauvaise fortune.						
15. Pour obtenir ce que je veux, il faut que cela plaise aux personnes placées au dessus de moi.						
16. Parvenir ou non à être un leader dépend de la chance que j'aurai d'être à la bonne place au bon moment.						
17. Si des gens importants décidaient qu'ils ne m'aimaient pas, alors je ne me ferais probablement pas beaucoup d'amis.						
18. Je peux à peu près déterminer ce qui arrivera dans ma vie.						
19. En général, je suis capable de protéger mes intérêts personnels.						
20. Le fait qu'il m'arrive ou non un accident de voiture dépend surtout des autres conducteurs.						
21. Quand j'obtiens ce que je veux, c'est en général parce que j'ai travaillé dur pour cela.						
22. Afin que mes projets réussissent, je m'assure qu'ils correspondent aux désirs des personnes qui ont du pouvoir sur moi.						
23. Ce sont mes propres actions qui déterminent ma vie.						
24. Que j'aie peu ou beaucoup d'amis, c'est avant tout une question de destinée.						

2.1.2(b.2) The Alcoholics Responsibility Scale, Worell & Tumilty (1981)

L'ARS de Worell & Tumilty (1981) a la particularité d'appréhender spécifiquement le lieu de contrôle de l'alcoolodépendance : la personne alcoolique croit-elle que son trouble est déterminé par un contrôle interne (le sujet pense posséder un contrôle donc une « responsabilité » par rapport à sa problématique), ou un contrôle externe (le sujet doute de l'efficacité de ses actions, de sa « responsabilité » vis-à-vis de ses alcoolisations, alors rapportées aux autres, au destin...) ?

Sa construction s'inspire de l'échelle de Rotter (1966) avec laquelle, elle est corrélée (.55). Cependant, l'ARS devrait permettre une évaluation plus fine du lieu de contrôle des personnes alcooliques : en effet, les études utilisant des échelles généralistes ont, comme nous l'avons vu, souvent obtenu des résultats contradictoires. Par ailleurs, contrairement à l'échelle de Rotter, l'ARS n'est pas biaisée par la désirabilité sociale, ni par le niveau d'intelligence pouvant majorer artificiellement le score d'internalité.

Cette échelle n'a fait l'objet ni d'une traduction, ni d'une validation française. Après l'avoir traduite, sans validation statistique, nous l'utiliserons uniquement de manière exploratoire, en convergence avec les données issues de l'IPC. Les résultats révéleront, peut-être, la nécessité d'adapter un tel outil dans notre langue...

L'ARS est composée de 24 paires d'items (32 dans la première version) permettant de décrire le degré de croyance en un contrôle interne/externe quant à la survenue de l'alcoolisme.

Elle se présente sous forme d'un questionnaire auto-administré : pour chaque paire d'items (l'un renvoyant à l'internalité, l'autre à l'externalité), le sujet choisit celui qui lui correspond le mieux concernant sa problématique alcoolique.

Items renvoyant à l'externalité = 3(b), 4(a), 5(a), 6(a), 7(a), 8(b), 10(b), 11(a), 13(b),14(a),
15(a), 16(b), 17(a), 18(a), 19(b), 20(a), 21(b), 23(a), 24(b),
26(a), 27(b), 28(b), 30(b), 32(a)

Les **scores d'internalité (I) et d'externalité (E)** sont obtenus par sommation des items renvoyant à chacune de ces dimensions.

Un score E élevé indique un fort degré d'externalité, le sujet attribue donc la responsabilité de son alcoolisme à des causes externes (destin, hasard, autrui...) plutôt qu'à lui-même.

ARS (ALCOHOLICS RESPONSABILITY SCALE)
de WORELL & TUMILTY (1981)

CONSIGNE : vous trouverez ci dessous une liste de paire de propositions.

Pour chaque paire, vous devez choisir la proposition qui vous correspond le mieux.

Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse c'est de connaître la proposition que vous croyez la plus vraie concernant votre problème d'alcool.

DONNEZ UNE REPOSE POUR CHAQUE PAIRE

Si vous trouvez qu'aucune proposition ne peut refléter ce que vous croyez, entourez celle qui s'en rapproche le plus.

« Je suis persuadé que... » :

- 3- (a) je ne suis pas né(e) alcoolique, je le suis devenu(e)
(b) l'hérédité a joué un rôle majeur dans le fait que je sois devenu(e) alcoolique
- 4- (a) boire est une « maladie »
(b) boire est une mauvaise solution aux difficultés de mon existence
- 5- (a) si je pouvais comprendre pourquoi j'en suis arrivé là, je parviendrais à guérir
(b) mon comportement est en adéquation avec mes valeurs principales (famille, travail, alcool...)
- 6- (a) je suis « malade »
(b) je ne suis pas « responsable »
- 7- (a) je suis né(e) pour être alcoolique
(b) les expériences que j'ai faites et la façon dont j'y ai réagi ont largement déterminé mon alcoolisation
- 8- (a) je peux être le plus grand malin du monde
(b) je suis victime de la société et de mon entourage
- 10- (a) si j'arrive à me convaincre d'arrêter de boire, je pourrais le faire
(b) si je ne fais pas de véritables « breaks », je n'ai aucune chance d'arrêter de boire
- 11- (a) c'est principalement au service militaire qu'on m'a incité à boire la première fois
(b) je suis capable d'accepter ou de refuser de boire même si les autres me le proposent
- 13- (a) rester abstinent implique que je me responsabilise dans mon comportement et que j'accorde plus de valeur à la sobriété qu'à l'ébriété
(b) si j'arrive à faire de véritables « breaks », je pourrais me défaire de cette habitude
- 14- (a) je donnerais n'importe quoi pour rester sobre
(b) si j'accordais plus de valeur au fait de rester sobre plutôt que de noyer mes problèmes dans l'alcool, j'arriverais à rester sobre
- 15- (a) les autres peuvent me pousser à boire
(b) je suis parvenu(e) à choisir à plusieurs reprises le moyen de me sortir aisément de mauvaises situations
- 16- (a) je peux faire le choix de ne pas boire quelle que soit la façon dont mes parents m'ont traité(e)
(b) mes parents ne réalisent pas en quoi ils m'ont mis(e) sur la route de l'alcoolisme
- 17- (a) des problèmes physiques me poussent souvent à boire trop
(b) mes excès de boisson me provoquent souvent des problèmes physiques
- 18- (a) si les gens me comprenaient mieux, ils réaliseraient que je ne peux pas m'aider moi-même
(b) je mérite le mépris que les autres manifestent à mon égard

- 19- (a) c'est à moi-même que je dois d'être devenu(e) alcoolique et non aux autres
(b) si la société était différente je ne serais pas devenu(e) alcoolique
- 20- (a) j'ai besoin d'un soutien spécialisé pour m'aider
(b) quand je recherche de l'aide, j'ai besoin de prendre une part active dans mon traitement
- 21- (a) j'ai abandonné ma vie à l'alcoolisme
(b) l'alcoolisme a pris le dessus sur ma vie
- 23- (a) quand la pression augmente, je ne peux pas m'empêcher de boire
(b) même quand les choses sont dures, je suis suffisamment responsable pour rester sobre
- 24- (a) si je ne suis pas toujours resté(e) sobre, c'est parce que l'abstinence n'était pas suffisamment importante pour moi
(b) parfois, quels que soient mes efforts, il me semble que je n'arriverais pas à rester sobre
- 26- (a) si quelqu'un s'était vraiment soucié de moi, je ne serais pas devenu(e) alcoolique
(b) si je m'étais suffisamment soucié des autres, je ne serais pas devenu(e) alcoolique
- 27- (a) je peux justifier mon alcoolisme par une enfance dure ou un mariage raté
(b) une femme est la cause majeure qui m'a poussé(e) vers l'alcoolisme
- 28- (a) je suis responsable de mes choix de vie
(b) c'est ce qui m'est arrivé dans la vie qui m'a poussé vers l'alcoolisme
- 30- (a) je fais chaque jour le choix de boire ou ne pas boire
(b) une façon de vivre telle que l'alcoolisme (en prenant le dessus sur ma vie) rend tout changement presque impossible
- 32- (a) mon alcoolisme est probablement dû à l'influence que les autres buveurs ont sur moi
(b) j'ai probablement choisi des amis qui me trouvent des excuses à mon alcoolisme

2.1.3. Le questionnaire d'événements de vie :

Une situation peut être qualifiée d'événement selon un agencement complexe de diverses modalités (sociales, psychodynamiques...). C'est pourquoi l'appréhension des **événements de vie** à travers des listes auto-administrées, seules, risque d'offrir une représentation simpliste de la réalité. En ce sens, certains auteurs ont souligné la nécessité de l'utilisation conjointe d'autres outils (échelles de mesure, et l'entretien) afin de contextualiser les événements (Chaharoui, 1999) et/ou lever l'ambivalence suscitée par certaines expériences (Tousignant, 1992, 2001). En effet, selon cet auteur, « *l'importance est de se rappeler que les événements doivent s'accompagner d'autres agents catalyseurs pour devenir d'efficaces déclencheurs* ». Ainsi, il est recommandé de distinguer : les événements causes/conséquences, subis/produits, contrôle/hors contrôle... Dans le même ordre d'idée, l'introduction des « tracas quotidiens » peut paraître nécessaire, dans la mesure où leur répétition peut avoir autant de « poids » que les événements dits « majeurs », notamment en ce qui concerne les troubles à long terme (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Le rappel de ces précautions nous a conduits à envisager l'appréhension des événements de vie à travers un **entretien semi-directif**, à partir d'une liste thématique inspirée des travaux de Ferreri, Vacher & al. (1987). En ce sens, notre démarche s'apparente à l'approche socio-clinique de la LEDES de Brown & Harris (1989). Cependant, nous n'avons pas choisi cet outil (bien qu'il soit traduit en français) dans la mesure où il se limite aux événements de vie de l'année précédant le trouble, et contrairement à ces auteurs, nous ne pensons pas que seuls les événements récents aient un impact majoré sur la santé. La relation entre les événements vécus, par exemple, pendant l'enfance et la pathologie à l'âge adulte est démontrée, au moins, depuis la découverte de la psychanalyse... Ainsi, nous ne pouvons/voulons nous priver d'un retour vers un passé plus éloigné afin de saisir les liens que le sujet établit éventuellement entre son trouble et les événements vécus...

Par rapport au questionnaire original EVE de Ferreri, Vacher & al. (1987), nous avons ajouté quelques événements, notamment certains plus enclins à être positifs (valorisation sociale, guérison...). En effet, comme le souligne Tousignant (1992), proposer uniquement des événements jugés à priori négatifs présente un biais non négligeable : les personnes fragiles auraient tendance à juger tous les événements proposés comme subversifs. Nous avons également introduit un questionnement à l'égard des tracas quotidiens dont nous avons mentionné l'importance. Sans approfondir les différents tracas (ce qui est regrettable), il nous a semblé pertinent d'appréhender la manière dont les personnes alcooliques abordent ces stress journaliers...

Ainsi, pour chacun des événements présentés ci-dessous, nous demanderons aux sujets d'exprimer, aussi précisément que possible, la date de survenue, l'impact émotionnel (positif/négatif/neutre ; majeur/mineur ...) ainsi que les liens envisagés avec leurs alcoolisations (cause ou conséquence)... En d'autres termes, les sujets seront invités à associer autour des événements qu'ils ont vécus.

En conclusion, ce questionnaire/entretien d'événements de vie devrait nous permettre d'appréhender la réalité externe perçue du sujet, et ainsi d'explorer le corpus **d'hypothèses HA3** (nombre d'événements vécus, chronologie, impact émotionnel, liens avec les alcoolisations).

GRILLE DU QUESTIONNAIRE D'ÉVÉNEMENTS DE VIE : THEMATIQUES ABORDEES

A) Événements en rapport avec la vie familiale :

- # Mésentente entre les parents
- # Séparation, divorce des parents
- # Mésentente avec les parents
- # Séparation/rupture avec la famille
- # Changement dans le mode de vie : déménagement, émigration...
- # Changement dans la composition familiale (naissance, départ des frères et sœurs...)
- # Mésentente avec les frères et sœurs
- # Mariage dans la fratrie
- # Naissance des neveux et nièces
- # Maladie physique et/ou psychique d'un membre de la famille
- # Accident
- # Suicide d'un membre de la famille
- # Décès du père et/ ou de la mère
- # Décès d'un membre de la famille (lequel ?)
- # Autres événements familiaux

B) Vie professionnelle :

- # Vie scolaire
- # Obtention d'un diplôme
- # Entrée dans la vie active
- # Licenciement, chômage
- # Nouveau travail après période d'inactivité
- # Mise à la retraite
- # Conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues...)
- # Changements de situation professionnelle (de travail, de patron, promotions...)
- # Accident(s) de travail
- # Congé de maternité
- # Autres événements professionnels

C) Vie sociale :

- # Service militaire
- # Départ de la maison familiale
- # Changement de vie matérielle (habitat, problèmes financiers...)
- # Relation amicale
- # Décès dans votre entourage
- # Conflits avec la société (prison, procès...)
- # Événements relatifs à des activités sociales (bénévolat, participation à un groupe...)
- # Valorisation/reconnaissance sociale (récompense, prix...)
- # Autres événements sociaux

D) Vie conjugale et affective :

- # Mariage et autres relations affectives
- # Mésentente avec le conjoint ou le/les partenaire(s)
- # Séparation/divorce avec le conjoint ou le/les partenaire(s)
- # Décès du conjoint ou du partenaire
- # Naissance de/des enfants
- # Baptême ou autres consécration religieuses
- # Adoption d'enfant
- # Départ d'enfant
- # Décès d'enfant
- # Maladie physique ou psychique du conjoint ou du partenaire, des enfants
- # Accident du conjoint ou du partenaire, des enfants
- # Suicide du conjoint ou du partenaire, des enfants
- # Décès d'un animal de compagnie
- # Autres événements affectifs (choc affectif, solitude...)

E) Santé:

- # Grossesse et accouchement
- # Avortement
- # Maladie physique importante
- # Dépression traitée mais sans hospitalisation
- # Dépression traitée avec hospitalisation
- # Tentative de suicide
- # Ménopause
- # Impuissance, trouble du désir, de la libido
- # Handicap
- # Anxiété
- # Consommation de stupéfiants ou de médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs...)
- # Sevrage(s)
- # Guérison
- # Troubles du sommeil, alimentaire
- # Opération
- # Autres éléments de santé

Tracas quotidiens : comment vivez-vous les tracas quotidiens (retard, courrier...)?

2.2. Des outils projectifs pour appréhender la réalité intrapsychique.

En fonction de nos objectifs, ces outils se révèlent indispensables pour appréhender la réalité intrapsychique des sujets alcooliques, en tant que ces épreuves « *amènent le sujet à produire un protocole de réponses tel que la structure de ce protocole correspond à la structure de sa personnalité* » (Chabert & Anzieu, 1997). Ayant pour principe de base la projection, ils invitent, en effet, à mettre au dehors des éléments de la réalité interne. Ainsi, ils permettent d'approcher de manière précise l'organisation et le fonctionnement psychique des sujets dans le délai limité de la recherche et ce, grâce à l'écoute et l'analyse des productions limitées et définies par la situation projective.

Les tests projectifs, même s'ils n'explorent pas l'inconscient (c'est plutôt le préconscient qui est approché), peuvent être décrits comme « *un processus psychanalytique bref* » (Chabert & Anzieu, 1997) où, comme dans la cure, le sujet est confronté à la liberté. Liberté car le sujet reçoit pour consigne de « tout dire » sans se censurer (première règle de la psychanalyse). Mais aussi liberté de temps car, même si l'épreuve est administrée en une séance, le sujet n'est pas limité durant la passation. Cette liberté place le sujet face à un vide, qu'il pourra/devra combler non par ses capacités intellectuelles, mais grâce à ses ressources psychiques. Cette situation est donc susceptible d'engendrer de l'angoisse et différentes régressions (de la position d'adulte à l'enfant, émergence des processus primaires...). Néanmoins, nous pouvons reconnaître un effet cathartique, dans la mesure où ces épreuves invitent à la fantaisie, à la création imaginative ; en ce sens, elles se rapprochent du jeu.

Roman (2006) évoque la double finalité du jeu propre aux techniques projectives :

- Basé sur l'aspect concret du matériel projectif, qui figure l'expérience (précoce) du sujet à son environnement contribuant à la construction de l'objet.
- « *Espace d'émergence des potentialités de symbolisation* », métaphore autorisant une figuration de la vie psychique (médiateur du dehors/dedans ; réalité interne/externe).

Or, contrairement à la psychanalyse, la liberté n'est pas totale. C'est une liberté orientée par l'introduction d'un matériel, les associations libres sont en quelque sorte provoquées. Une relation triangulaire est donc établie : sujet-clinicien-objet test. Le matériel joue un rôle de médiateur dans la relation sujet/testeur, entre la parole de l'un et l'écoute de l'autre. Au niveau des attitudes du clinicien, elles privilégieront la neutralité bienveillante et l'empathie, les épreuves projectives induisant une relation transféro/contre-transférentielle brève.

La **consigne** appelle à imaginer, créer à partir du voir, en s'appuyant sur un matériel concret et ambigu. Cette consigne introduit une double contrainte, un paradoxe au sens winnicottien : adaptation à la réalité perceptive (adéquation au contenu manifeste) et exploration du monde interne (affect, fantasme... traduction du contenu latent). Les projectifs approchent le rapport au réel ET la réalité psychique, et par là même l'inscription du sujet dans l'aire transitionnelle (domaine de l'illusion).

Enfin, le fonctionnement du sujet est envisagé dans une perspective dynamique. Ces outils explorent à la fois les points de fragilité, les ressources psychiques actuellement disponibles, et celles à l'état de latence qui ouvrent des potentialités de changement...

Dans ce travail, nous proposerons le **TAT** et le **Rorschach**. Chabert & Anzieu (1997) recommandent l'utilisation conjointe de ces épreuves qui se complètent : le TAT, plus figuratif, induit un moindre niveau de régression et se centre davantage sur les systèmes conflictuels ; le Rorschach est une épreuve plutôt identitaire. Ces outils invitent donc aux convergences, affinant les processus mis en évidence par l'un ou par l'autre.

Le TAT et le Rorschach, éprouvés depuis de nombreuses années, présentent des qualités métrologiques reconnues (fidélité, validité...). La rigueur et la finesse de ces outils sont accrues par l'approche à la fois quantitative et qualitative qu'ils autorisent. La standardisation des grilles de dépouillement offre des données mesurables qui entrent en résonance avec des informations émanant de la subjectivité du sujet. De plus, l'intrication des registres cognitif et dynamique tolère différents niveaux d'analyse. Nos interprétations se référeront néanmoins au modèle psychanalytique (Shentoub, 1990 ; Chabert, 1997 ; Rausch de Traubenberg, 2004...), en raison de sa cohérence théorique. Malgré ses découvertes successives, en posant le psychisme comme un inconnu, ce courant reste ouvert à de nouvelles perspectives...

2.2.1. Le TAT (*Thematic Apperception Test*) :

Edité pour la première fois en 1935 par Henry Murray (1938), le TAT est qualifié de « thématique » car il révèle les contenus significatifs d'une personnalité (conflits, désirs...), apportant un éclairage sur les relations objectales, les procédés défensifs du sujet... Il appréhende la « force vive », le « pourquoi »...

Dans sa forme actuelle, le TAT se compose de **dix huit planches**, qui représentent chacune une scène renvoyant aux conflits fondamentaux (Œdipe, position dépressive...). Son contenu est donc plutôt figuratif, mais il peut se révéler ambigu (planches 11, 19, 16). Selon l'âge et le sexe certaines planches ne sont pas proposées : 6GF, 7GF et 8GF sont exclusives aux femmes, et 6GM et 7GM ne sont présentées qu'aux hommes.

Le TAT est administré en **une seule séance sans limite de temps durant la passation**. Cependant, le **temps de latence** (temps écoulé entre la présentation et le récit du sujet) et le **temps total** passé sur chaque planche seront rapportés. Le temps constitue, en effet, un repère clinique témoignant de la forte réactivité du sujet ou de son inhibition.

Après l'énonciation de la consigne, « *imaginez une histoire à partir de la planche* » (Shentoub & Debray, 1970), les planches sont présentées une à une au sujet. Selon Chabert & Anzieu (1997), cette consigne implique deux contraintes :

- « **Imaginer une histoire** », invite à une baisse des fonctions de contrôle favorisant le déploiement de l'imaginaire, l'émergence des processus primaires et l'accession aux fantasmes.
- « **A partir de la planche** », renvoie à la nécessité de tenir compte de la réalité objective ce, grâce aux capacités de secondarisation laissant place à l'éclosion d'une fantaisie consciente.

D'après Chabert (1998), « *les trois paramètres de cette épreuve (matériel, consigne, examinateur) peuvent être assimilés à une situation de conflit, au sein de laquelle s'affrontent des principes ou des positions contradictoires* ». L'interaction entre ces conflits va rendre possible l'interprétation des modalités de fonctionnement psychique du sujet (mécanismes de défense, relation d'objet...). C'est donc l'écart entre le récit proposé et le thème banal de la planche qui laisse entrevoir la problématique personnelle du sujet. Chaque planche est alors interprétée en termes de contenu latent et de contenu manifeste (**cf. Annexes n°I-2, p. 3-5**), et « *de mobilisation et de réactivation des problématiques proposées...* » (Chahraoui & Bénony, 2003). Dans le même ordre d'idée, en suivant Shentoub (1990), nous considérons que ce n'est pas tant le contenu (ce qui est dit) mais la forme (comment c'est dit) qui importe.

2.2.2. Le Rorschach : passation classique et analytique :

Depuis sa création en 1921 par Hermann Rorschach, ce test n'a jamais cessé d'être utilisé et mis à l'épreuve (validité...). Il est reconnu comme un outil très fin qui, selon Chabert (1998) « permet une estimation dynamique des ressources actuelles et latentes du sujet, ainsi que ses points de vulnérabilité ». C'est donc un projectif « structurel » qui appréhende le « comment », dans le sens où son analyse aboutit à une représentation de l'organisation et du fonctionnement psychique du sujet.

Le Rorschach est composé de **dix planches** présentant des taches d'encre peu figuratives :

- Les planches **I, IV, V, VI et VII** ont un aspect chromatique noir et blanc.
- Les planches **II et III** contiennent, en plus du noir et du blanc, la couleur rouge.
- Les planches **VIII, IX et X** sont de couleurs pastel.
- **I, IV, V et VI** sont qualifiées de « compactes » du fait de leur caractère massif ; tandis que **II, III et VII** sont dites « bilatérales » en raison de la grande lacune centrale.

La **consigne** au Rorschach se veut très souple. Pour cette recherche, nous avons adopté celle proposée par Chabert (1997) : « je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ».

Cette formulation présente l'intérêt d'introduire les dimensions « sujet-test-clinicien ; la sollicitation perceptive et projective ; la limitation de l'épreuve (dix planches) qui signe le caractère transitoire de l'échange en contrepoids de l'appel "au tout dire" » (Chabert, 1997). Nous avons complété cette consigne initiale en spécifiant : « vous disposez de tout le temps dont vous avez besoin, il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses ». Cette dernière précaution paraît pertinente afin de pallier certaines manifestations négatives (le sujet se censure car il pense être évalué par rapport à ses capacités intellectuelles...).

Ainsi, la consigne invite à un travail de figuration, de production verbale et de sens en dépit d'un matériel ambigu : le sujet doit verbaliser des significations.

Comme le TAT, le Rorschach permet une articulation entre adaptation au réel (appui sur des mécanismes perceptifs), et exploration de la réalité interne (les représentations projetées sont révélatrices du sujet). Les taches fonctionnent donc à la manière d'un miroir. Nous percevons les allers-retours entre ces deux dimensions, externe/interne, dans les liens qui unissent le contenu manifeste (le discours du sujet se rapporte à un matériel « concret ») au contenu latent (la parole du sujet dévoile sa fantasmatique, le symbolique). (cf. **Annexe I-3.1, p. 6**).

Le protocole est administré en **une seule séance, sans limite de temps durant la passation.**

Les planches sont présentées tour à tour au sujet, selon leur orientation de base (libre à lui d'opérer des retournements). Le testeur note toutes les réponses, l'orientation choisie (Λ , V, $<$, $>$), le comportement, ainsi que le temps de latence et le temps passé sur chaque planche.

La passation achevée, l'examineur procède à **l'enquête**, étape indispensable pour affiner les informations quant à la localisation, le déterminant, le contenu... (les réponses du sujet sont, en effet, cotées selon ces trois éléments auxquels s'ajoute une colonne qualitative). Toutes nouvelles représentations sont alors rapportées en tant que réponse additionnelle dans un protocole complémentaire et distinct.

Cette phase comprend également **l'enquête des limites**. Si le sujet n'a pas repéré la banalité à l'une des planches (cf. **Annexe I-3.2, p. 6**), l'examineur l'invite explicitement à le faire afin de vérifier s'il s'agit d'un oubli, d'un blocage transitoire ou d'une incapacité psychique...

Enfin, **l'épreuve des choix** « *permet au sujet de manifester ses investissements positifs ou négatifs par rapport au matériel qui lui a été imposé jusque là...* » (Chabert, 1997), il est donc demandé au sujet de choisir, parmi les dix planches :

- Les deux qu'il a préférées et le moins aimées ;
- Les deux qui évoquent, selon lui, des images maternelles et des images paternelles.
- Et enfin, les deux qui renverraient le plus à lui-même.

Par ailleurs, dans ce travail, nous compléterons la passation classique du Rorschach par la **passation analytique**. Cette méthode, utilisée depuis les années 40-50 dans les pays anglo-saxons, a été systématisée par les travaux de De Tychey & Lighezzolo (1983).

Après l'enquête, l'examineur redonne au sujet chacune des planches ainsi que ses réponses, en énonçant pour consigne : « *j'aimerais que vous me disiez la première chose qui vous vient à l'esprit à propos de votre réponse, qu'est-ce que ça vous rappelle, à quoi cela vous fait-il penser dans votre vie* ». Le sujet est donc invité à lier, à associer les représentations projetées à des éléments de son existence propre, jusqu'à épuisement de ses capacités de liaison.

Cette méthode associative soutient une **analyse dynamique** et surtout **contextualisée** des informations recueillies, « *en précisant les positions fantasmatiques ou réelles du testé, en tant que sujet ou objet, en indiquant si un contenu donné renvoie au sujet, à son père ou à sa mère ou à l'environnement (...), ce que ne permet que très imparfaitement la procédure classique* » (De Tychey & Lighezzolo, 1983). Elle offre donc au sujet, selon ses ressources, la possibilité de « *mettre en scène des événements vécus, des scénarios relationnels, des affects, des investissements objectaux passés et présents, (...) certaines conflictualités* » (De Tychey, 1994). Enfin, elle convie le sujet au retour au concret, au factuel, favorisant, peut-être, la verbalisation au delà du « trouble » suscité par l'ambiguïté du matériel.

3. PROCEDURE

3.1. Terrains de recherche.

Cette recherche a été menée en association avec plusieurs institutions :

- **EHLAM (Equipe Hospitalière de Liaison en Alcoolologie de Moselle), hôpital Bon Secours, Metz.**

L'EHLAM est rattaché au service de gastro-entérologie, où quatre lits sont réservés au sevrage des personnes alcooliques, qui dure dix jours. Par ailleurs, l'équipe propose des suivis aux patients, après leur hospitalisation ou en ambulatoire.

Nous prenions contact avec les patients durant leur sevrage. En cas de réponse positive, un premier rendez-vous était fixé à la fin de leur séjour. Cette structure s'occupant de sevrage physique, nous y avons rencontré exclusivement des sujets alcooliques chroniques.

- **Service de psychiatrie de l'hôpital des Armées Legouest**

L'hôpital Legouest organise, tous les deux mois, des programmes de sevrage de trois semaines, ainsi que des suivis ambulatoires.

A la fin de leur séjour, une réunion était organisée afin d'expliquer notre travail aux patients, et éventuellement obtenir leur consentement.

De même qu'à l'hôpital Bon Secours, dans cette structure, nous avons rencontré uniquement des personnes alcooliques chroniques.

- **CDPA (Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme de Moselle)**

Le CDPA accompagne les personnes alcoolodépendantes dans leurs démarches de soin (sevrage ambulatoire, suivi auprès d'une équipe pluridisciplinaire, prévention...).

La particularité de ce terrain est que ce sont les soignants qui nous ont orientés vers certains de leurs patients. Ainsi, ils « pré-présentaient » notre recherche aux sujets et, lors de la première rencontre, nous avons donc directement leur accord.

Par ailleurs, cette structure a eu l'amabilité de nous accueillir afin que nous puissions réaliser les entretiens dans de bonnes conditions avec les membres des Alcooliques Anonymes.

Enfin, comme le CDPA propose des soins hors du réseau hospitalier, nous avons pu y rencontrer des sujets alcooliques intermittents.

- **Les réunions ouvertes des Alcooliques Anonymes (AA)**

Une fois par mois, les AA organisent des « réunions ouvertes », c'est-à-dire qu'ils accueillent les « amis », leur famille ou toutes autres personnes intéressées par cette problématique.

La particularité de cette situation est que nous ne sommes pas dans une structure de soin classique. Les réunions obéissent à des règles différentes (notamment le « on est tous égaux »), nous sommes donc dans une position symétrique, où chacun est appelé par son prénom (pour garantir l'anonymat) et le tutoiement est de rigueur. Difficile donc de quitter ce cadre pour celui plus strict de la recherche... Personnellement, nous pensons que le tutoiement ne porte pas outrage à la situation de recherche ; certains sujets ont d'ailleurs affirmé se sentir plus à l'aise et donc peut-être plus prompts à se révéler...

Les personnes présentes (même si elles n'ont pas forcément participé, pour des raisons qui leur appartiennent) se sont montrées très concernées par ce travail et prêtes à nous enseigner « de l'intérieur » la réalité de l'alcoolisme...

Enfin, grâce aux AA, nous avons rencontré des sujets alcooliques chroniques et intermittents.

3.2. Protocole de recherche.

En dépit de la diversité des terrains de recherche, le protocole présenté aux sujets a tenté d'être le plus cohérent possible, pour tous.

Les rencontres ont eu lieu à raison d'**un rendez-vous par semaine**. Cependant, en fonction de la disponibilité des structures et des sujets, cet intervalle n'a pas toujours pu être respecté. Nous considérons que cette périodicité sera susceptible d'aider le sujet à ne pas se sentir « objet-rat de laboratoire », et lui permettra de prendre du recul par rapport aux épreuves proposées et à ce qu'il a révélé de lui-même. En ce sens, il pourra (re)considérer sa motivation à poursuivre ou non l'investigation.... faire le point. Ainsi, à chaque début de séance, nous réaliserons, avec le sujet, un bilan de sa situation, de son ressenti...

Les rencontres devraient durer **une à deux heures**. Cependant, aucune contrainte de temps ne sera imposée afin de laisser aux sujets une liberté de parole maximale.

Le contenu des épreuves sera intégralement **enregistré**. Bien que potentiellement source de malaise, cette méthode, présente un double avantage. Durant les passations, elle garantira une écoute authentique : délester de la prise de notes (procédé parfois tout aussi déstabilisant), nous serons pleinement disponible à la parole du sujet. De plus, les données recueillies restent intactes, toujours accessibles, sans déformation des propos, « *facilitant une lecture et l'analyse dans l'après coup de l'intervention* » (Chahraoui & Bénony, 2003). L'enregistrement restera bien sûr à notre seule disposition afin de garantir l'anonymat.

Le protocole de recherche comprend au total **six rencontres** :

- **Premier contact : présentation générale de la recherche.**

Nous décrivons aux sujets les objectifs de la recherche ainsi que l'ensemble du protocole, en précisant les contraintes inhérentes à ce travail (durée, investissement nécessaire et attendu...). Cette première étape aboutit au refus ou à l'accord du sujet quant à sa participation. Dans ce dernier cas, le « formulaire de consentement éclairé » (cf. **Annexe n°I-4, p. 7**) sera signé.

- **Deuxième rencontre : le Brief Cope et l'entretien semi-directif.**

Le Brief Cope est proposé en début de séance.

Après s'être assuré que le sujet a bien saisi la consigne, il remplit lui-même cette échelle. Par ailleurs, nous notons systématiquement les remarques formulées à l'égard de cet outil.

A l'issue de cette passation, nous débutons l'entretien semi-directif (« *je vais vous poser des questions sur votre relation à l'alcool et sur votre vie en général* »).

Il nous semble important de préciser aux sujets que nous allons leur « poser des questions ». En effet, le sujet alcoolodépendant exècre d'avoir « à parler tout seul », et certains semblaient véritablement rassurés de n'avoir qu'à répondre...

La séance, comme toutes les autres qui suivent, s'achèvent sur un « bilan » de la rencontre.

- **Troisième rencontre : l'IPC et le questionnaire d'événements de vie**

Après avoir fait le point sur la séance précédente, nous soumettons la première échelle de lieu de contrôle, l'IPC. Nous appliquons les mêmes précautions que pour le Brief Cope. Ensuite, nous proposons le questionnaire d'événements de vie sous la forme d'un entretien. Le sujet est invité à associer autour des événements proposés, à préciser la date de survenue, son ressenti et les liens éventuels qu'il établit entre ces événements et ses alcoolisations.

- **Quatrième rencontre : l'ARS et le TAT**

Après le bilan, les sujets sont amenés à remplir l'ARS. Le TAT est ensuite proposé. Nous avons choisi de présenter cette épreuve projective en premier lieu, dans la mesure où son contenu plus figuratif devrait se révéler moins déstabilisant pour la personne alcoolique. A l'issue de la passation, nous effectuerons un court entretien (« *Qu'avez-vous pensé de ce test ? Qu'avez-vous ressenti face à cette épreuve ?...* ») afin d'aider le sujet à immerger de la situation projective...

- **Cinquième rencontre : passation du Rorschach (classique et analytique).**

La passation du Rorschach viendra clôturer le protocole proprement dit. Nous espérons qu'à ce moment de la procédure, une relation de confiance sera établie avec le sujet, relation venant pallier un éventuel trouble face aux particularités de ce matériel. La passation classique du Rorschach, sera immédiatement suivie par la passation analytique. De la même manière qu'au TAT, un post-entretien sera réalisé. Ce test, invitant à la régression, cette précaution devrait favoriser le retour à la réalité externe et permettre au sujet de « remonter à la surface », en encourageant l'expression de son ressenti durant la passation ou, plus généralement, en reparlant de son quotidien... « *... ces données, "hors protocole", ne sont pas quantifiables, elles se réfèrent à la subjectivité, restaurant le cadre clinique du test en y introduisant sa dimension vivante, dynamique et relationnelle* » (Chabert, 1997).

- **Dernière rencontre : retour au sujet (cf. partie suivante)**

Un retour sera systématiquement proposé aux sujets dans les semaines qui suivent la fin du protocole. Ce bilan aura pour objectif de répondre aux questions éventuelles des sujets quant aux passations, de leur rendre ce qu'ils nous ont donné.

3.3. Déontologie et restitution aux sujets.

« Respect des droits de la personne : (...) Le psychologue préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues. Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même »
Extrait du Code de Déontologie des Psychologues (1996)

Cette recherche se veut en accord avec le Code de Déontologie des Psychologues (1996). **L'anonymat et le respect absolu des participants** seront garantis dans le déroulement, l'analyse et la rédaction de ce travail. Comment ce principe peut-il être satisfait dans une situation de recherche, risquant d'être publique sinon publiée ? Chahraoui & Bénony (2003) soulignent que « *la recherche n'empêche pas de s'intéresser aux histoires singulières, elle respecte la personne et son intimité mais elle cherche à partir de l'expérience d'un sujet à généraliser et à trouver ce qu'il y a de commun avec les autres individus* ».

Certes le chercheur se situe en extériorité par rapport aux phénomènes qu'il étudie. Cependant, extériorité ne signifie pas indifférence ; au contraire, **l'empathie** est l'une des qualités intrinsèque du « clinicien-chercheur »... Il doit donc se montrer particulièrement attentif aux ressentis exprimés verbalement ou non par le sujet, mais aussi interroger son propre état affectif. En effet, en clinique, le chercheur est, à la fois, cerveau et outil de son étude de sorte que sa personnalité, ses croyances influencent tout autant ses choix scientifiques que ses réflexions.

A cet égard, rappelons avec Bourguignon et Bydlowski (1995) que « *toute méthode en science de l'homme (...) et toutes investigations mobilisent à la fois des processus transférentiels de la part de l'objet humain étudié et des attitudes contre-transférentielles du sujet chercheur* ». Nos courants de pensée, nos appartenances sociales et culturelles, nos propres angoisses, notre histoire personnelle... jouent un rôle dans l'appréhension de la situation et dans nos analyses. D'autant que, dans un travail de recherche, **la demande est inversée** : ce n'est pas le sujet qui est à l'origine d'une demande, plus ou moins explicitée (comme en thérapie), mais le chercheur. Les exigences et les incidences sont donc différentes et toujours à considérer... car elles influencent les résultats, la qualité et l'interprétation des données recueillies. Chahraoui & Bénony (2003) abondent dans ce sens « *tout dispositif visant à recueillir des informations sur un sujet (...) engage nécessairement le clinicien dans une démarche d'intervention dont il doit gérer les effets* ». C'est pourquoi nous consacrerons, à la suite de la discussion, une partie explorant notre propre ressenti, notre implication personnelle...

En conséquence, la relation authentique instaurée doit favoriser l'engagement du sujet, son « **consentement libre et éclairé** ». Ce formulaire de consentement éclairé (cf. **Annexe n°I-4, p.7**) n'est en aucun cas un contrat, le sujet peut abandonner quand il le souhaite. Cependant, il garantira que le sujet a été informé de la nature de l'étude et compris son déroulement. Cette précaution nous permet d'être en conformité avec la **loi Huriet** (1994) qui réglemente et assure la protection des personnes participant à des recherches en biologie ou en psychologie : « *préalablement à la réalisation d'une recherche biomédicale sur une personne, le consentement libre, éclairé et exprès de celle-ci doit être recueilli après que l'investigateur, ou un médecin qui le représente, lui a fait connaître* » (Art. L. 209-9.). Or, l'éthique ne s'appuie pas seulement sur la loi mais doit s'intégrer à une morale personnelle, « *une attitude générale du chercheur qui doit être respectueuse, neutre, empathique, bienfaisante, juste, équitable et aussi rigoureuse sur le plan scientifique* » (Chahraoui, 1999).

Même si l'intérêt immédiat n'est pas évident, le sujet doit sentir que sa participation peut engendrer des **bénéfices indirects**, et ainsi puiser un intérêt personnel à sa participation.

Reparler ses expériences permet de parcourir à nouveau son histoire et prendre conscience de certains éléments qui peuvent aider à la connaissance personnelle et/ou au travail thérapeutique. De la même manière, il peut être gratifiant de participer à une étude en tant qu'elle représente une expérience visant à mieux comprendre (se comprendre) une problématique et à améliorer les soins auprès des personnes ayant le même trouble. Les sujets contribuent donc « directement » à ces avancées...

Ainsi, « *le contexte relationnel positif de l'évaluation clinique favorise une meilleure mise en action des opérations mentales du sujet* ». (Chahraoui & Bénony, 2003). Une attention toute particulière devra donc être portée à l'accueil, le tact, la disponibilité...

Dans le même ordre d'idée et comme déjà mentionné, **un retour** sera systématiquement proposé aux sujets. Cette mesure semble essentielle, et plus particulièrement à propos des projectifs qui intriguent et impliquent directement la personnalité profonde et intime du sujet. La personne ressent sans doute l'importance de ce qu'elle a transmis durant ces épreuves, même si le contenu lui échappe. La restitution doit donc permettre de rendre au sujet ce qu'il nous a confié, afin de lui redonner la possession de ce qui lui appartient. Elle visera à donner du sens à la contribution du sujet en favorisant une participation active de sa part (il est libre de poser des questions), et à initier la discussion autour des résultats obtenus. Elle s'attachera à faire le point sur ses difficultés psychologiques, mais surtout sur ses ressources personnelles. En d'autres termes, il s'agira, d'une part, de reconnaître les problèmes relationnels, affectifs... que, de toute manière, le sujet connaît et, ne rien dire, signifierait nier sa souffrance. Et, d'autre part, le chercheur valorisera les aspects positifs de son existence, de son fonctionnement psychique... afin de diminuer les effets pathogènes sinon de l'en dégager, et surtout contribuer à « renarcissiser » le sujet. Ce retour devrait alors faciliter la liaison entre travail de recherche et thérapeutique, et, si ce n'est déjà entrepris, encouragera peut-être l'engagement dans une démarche psychothérapique.

Or, le temps est un inconvénient de taille dans cette recherche. Il semble quasiment impossible qu'une l'analyse complète soit réalisée dans les jours suivant les passations. Par conséquent, la restitution risque d'être relativement éloignée de la fin du protocole. C'est pourquoi, nous évoquerons avec sujet la possibilité de se revoir dans ce laps de temps, s'il en ressent le besoin, afin de parler son ressenti durant les passations et accorder une valeur à ses questionnements...

Garder en mémoire ces quelques précautions devrait assurer que les personnes qui participent à cette étude ne seront jamais considérées comme des objets d'investigation, mais conserveront toujours leur statut de Sujet, avec tout ce que cette majuscule impose...

4. HYPOTHESES OPERATIONNELLES

4.1. Hypothèses HA : Réalité externe perçue.

HA1 : Attributions causales et attentes vis-à-vis de l'alcool

Rappel de l'hypothèse théorique HA1

HA1 : En l'absence d'études comparatives réalisées autour des causes et des attentes, nous postulons que les sujets alcooliques intermittents auraient davantage accès à ces facettes d'eux-mêmes et de leur expérience ; en conséquence, ils parviendraient à davantage s'exprimer autour de l'alcool et de leurs alcoolisations.

En ce sens, ils rapporteraient davantage de causes pour expliquer leurs alcoolisations (notamment des attributions internes), et d'attentes vis-à-vis de l'alcool que les sujets alcooliques chroniques.

HA1.1 : Attributions causales (a,b,c)

Nous nous référerons aux **réponses à la question suivante de l'entretien semi directif**.

Pourquoi, selon vous, avoir choisi l'alcool ? A quoi attribuez/attribuez-vous vos alcoolisations (causes exprimées pour expliquer les alcoolisations) ? Rattachez (rattachiez)-vous vos alcoolisations à des événements ou des périodes précis ? Connaissez-vous des périodes d'abstinence ? Vos réalcoolisations sont-(étaient)-elles liées à des événements, des périodes précises ? Comment vivez (viviez)-vous ces réalcoolisations ? Que ressentiez-vous après ces réalcoolisations (honte, culpabilité...) ?

Nous opérerons une **distinction** entre les **attributions externes** (les autres, le hasard...) et les **attributions internes** (personnalité, attitudes...) exprimées par les sujets.

Nous **comptabiliserons le nombre de causes** produites par chaque sujet ; puis nous **comparerons les moyennes du nombre total d'attributions externes et internes rapportées** par les deux groupes de sujets.

Hypothèses de travail HA1.1

HA1.1(a) : Nous nous attendons à ce que les sujets alcooliques intermittents rapportent, dans l'entretien semi-directif, davantage d'attributions causales pour expliquer leurs alcoolisations. Le nombre moyen d'attributions rapportées par les sujets alcooliques intermittents sera plus élevé que le nombre moyen de causes exprimées par les sujets alcooliques chroniques.

HA1.1(b) : En particulier, les sujets alcooliques intermittents rapporteront, en moyenne, davantage d'attributions internes pour expliquer leur trouble que les sujets alcooliques chroniques.

HA1.1(c) : En revanche, les sujets alcooliques chroniques rapporteront, en moyenne, un nombre plus important d'attributions externes pour expliquer leur trouble que les sujets alcooliques intermittents.

HA1.2 : Attentes

Nous nous référerons aux **réponses à la question suivante de l'entretien semi directif**.

Que recherchez (recherchez)-vous, qu'attendez (attendiez)-vous de l'alcool et de ses effets (physiques et psychologiques) ? Que représente l'alcool pour vous ? A quoi ça vous sert ? Comment vous sentez (sentiez)-vous après avoir consommé de l'alcool ? Comment vous sentez (sentiez) vous quand vous êtes ivre ou plus encore ? Comment vous sentez (sentiez)-vous les lendemains d'alcoolisation, à jeun (physiquement, psychologiquement...) ?

Nous **comptabiliserons et comparerons le nombre d'attentes** vis-à-vis de l'alcool exprimées par les sujets alcooliques chroniques et intermittents.

Hypothèse de travail HA1.2

HA1.2 : Les sujets alcooliques intermittents rapporteront, dans l'entretien semi directif, davantage d'attentes vis-à-vis de l'alcool que les sujets alcooliques chroniques.

En conséquence, le nombre moyen d'attentes formulées par les sujets alcooliques chroniques sera moins élevé.

HA2 : Stratégies cognitives

Nous considérons deux types de stratégies cognitives : **le coping et le lieu de contrôle**.

HA2.1 : Stratégies de coping (a,b,c,d)

Rappel de l'hypothèse théorique HA2.1

HA2.1 : Les sujets alcooliques utiliseraient des coping différents de ceux de la population générale. Par ailleurs, dans la lignée des travaux de Moussas & al. (2005), les sujets alcooliques chroniques et intermittents auraient recours à des stratégies de coping contrastées pour faire face au stress.

Nous observerons les résultats obtenus au Brief Cope de Carver (1997).

Dans un premier temps, nous **comparerons les moyennes** obtenues, à chacune des sous échelles, par **les sujets alcooliques** (chroniques et intermittents) **avec les normes de référence** (cf. **Annexe n°I-5, p. 8**).

Puis, nous **comparerons les scores des sujets alcooliques chroniques et intermittents**, afin de dégager les coping utilisés habituellement par chaque groupe.

Nous considérons qu'un **écart de 10% (soit 0,8 point)** par rapport aux moyennes normatives ou entre les deux groupes va dans le sens d'une différence.

Bien que le Brief Cope soit une échelle multidimensionnelle, il semble possible de regrouper les différentes catégories selon un modèle à trois dimensions (Endler & Parker, 1990) :

- **Coping centré sur la tâche ou sur le problème** : coping actif, planification, recherche de soutien instrumental, acceptation.
- **Coping centré sur l'émotion** : réinterprétation positive, recherche de soutien social, expression des sentiments, blâme, religion.
- **Coping centré sur l'évitement** : déni, humour, distraction, consommation de substance, désengagement comportemental.

Appliquée à ces observations, cette formalisation nous permettra d'avoir une vue plus globale des stratégies utilisées par les sujets alcooliques chroniques et intermittents.

Hypothèses de travail HA2.1 :

HA2.1(a) : Selon les données de la littérature, nous nous attendons à trouver, au Brief Cope, des scores moyens moins élevés aux sous échelles de coping centré sur le problème (coping actif, planification, recherche de soutien instrumental, acceptation) chez les sujets alcooliques (chroniques et intermittents) comparativement à la population tout venante.

HA2.1(b) : En revanche, la moyenne des scores des sujets alcooliques serait plus élevée que dans la population tout venante aux sous échelles de coping centré sur l'émotion (réinterprétation positive, recherche de soutien social, expression des sentiments, blâme, religion) et aux sous échelles d'évitement (déni, humour, distraction, consommation de substance, désengagement comportemental).

HA2.1(c) : Au niveau de la comparaison intergroupe, nous nous attendons à ce que les moyennes des scores des sujets alcooliques intermittents soient plus élevées aux sous échelles de coping centré sur l'émotion, comparativement aux scores des sujets alcooliques chroniques.

HA2.1(d) : En revanche, les moyennes des scores aux sous échelles d'évitement devraient être plus élevées dans le groupe des sujets alcooliques chroniques que dans le groupe de sujets alcooliques intermittents.

HA2.2 : Lieu de contrôle (a,b,c,d,e,f)

Rappel de l'hypothèse théorique HA2.2

HA2.2 : Nous nous attendons à ce que les sujets alcooliques intermittents soient plus « internes » que les sujets alcooliques chroniques.

Nous appréhenderons cette dimension grâce aux échelles suivantes :

- **IPC** (Internal, Powerfull Others, Chance) de Levenson (1972, traduction et validation française de Loas & al., 1994) ;
- **ARS** (Alcoholic Responsibility Scale) de Worell & Tumilty (1981).

En ce qui concerne l'**IPC**, nous **calculerons** les **moyennes** et les **écarts types aux sous échelles I** (Internalité), **P** (autre tout Puissant), **C** (Chance) pour chaque groupe de sujets.

Dans un premier temps, nous **comparerons** les **moyennes** des sujets alcooliques (chroniques et intermittents) aux moyennes normatives :

- * I = 28,1 +/- 6,2
- * P = 14,7 +/- 7
- * C = 20,5 +/- 7,3

Puis, nous **comparerons les moyennes des sujets alcooliques chroniques aux scores des sujets alcooliques intermittents** pour les trois sous échelles.

En ce qui concerne l'**ARS**, nous ne disposons pas de normes adaptées à la population française. Nous l'utiliserons donc uniquement à **titre exploratoire**.

Ainsi, nous **calculerons** les **moyennes** et les **écarts types des scores E** (externalité) et des **scores I** (internalité) pour chaque groupe de sujets.

Nous **comparerons** les scores **E** et **I** des sujets alcooliques chroniques aux résultats obtenus par les sujets alcooliques intermittents.

Enfin, nous pourrons effectuer des **convergences entre** les résultats obtenus à l'**IPC** et à l'**ARS**, en tant que ces échelles appréhendent le lieu de contrôle « en général » et de manière spécifique à la problématique alcoolique.

Hypothèses de travail HA2.2 :

HA2.2(a) : En ce qui concerne l'IPC, nous nous attendons à ce que la moyenne des scores des sujets alcooliques (chroniques et intermittents) soit moins élevée que celle des données normatives à la sous échelle I.

HA2.2(b) : En revanche, les moyennes des scores aux échelles P et C des sujets alcooliques seront plus élevées que celles des données de référence.

HA2.2(c) : Au niveau de la comparaison intergroupe, nous nous attendons à ce que la moyenne des scores des sujets alcooliques intermittents soit plus élevée que celle des sujets alcooliques chroniques à la sous échelle I.

HA2.2(d) : En revanche, les moyennes des scores aux échelles P et C, renvoyant à l'externalité, seront plus élevées chez les sujets alcooliques chroniques que chez les sujets alcooliques intermittents.

HA2.2(e) : Nous nous attendons à ce que les sujets alcooliques intermittents présentent un score moyen plus élevé à l'échelle I de l'ARS. Le score des sujets alcooliques chroniques sera donc moins élevé.

HA2.2(f) : Nous attendons à ce que les sujets alcooliques intermittents présentent un score moins élevé à l'échelle E de l'ARS. Le score moyen des sujets alcooliques chroniques sera donc plus élevé.

HA3 : Evénements de vie

Les événements de vie seront appréhendés selon quatre dimensions.

Nous nous référerons au **questionnaire d'événements de vie, présenté sous forme d'un entretien semi directif**, où nous observerons :

- Le **nombre d'événements de vie** rapportés ;
- La capacité des sujets à **dater** (et classer chronologiquement) ces événements ;
- L'**impact émotionnel**, les associations autour de ces événements ;
- Les **liens éventuels** que produit le sujet **entre les événements qu'il a vécus et ses alcoolisations** (ou inversement...).

HA3.1 : Nombre d'événements de vie rapportés

Rappel de l'hypothèse théorique HA3.1

HA3.1 : D'un point de vue quantitatif, les sujets alcooliques intermittents rapporteront davantage d'événements de vie que les sujets alcooliques chroniques.

Nous **comptabiliserons et comparerons le nombre d'événements de vie** rapportés par les deux groupes de sujets, lors de l'entretien.

Hypothèses de travail HA3.1 :

HA3.1 : Dans le « questionnaire » d'événements de vie, les sujets alcooliques intermittents rapporteront, en moyenne, un plus grand nombre d'événements que les sujets alcooliques chroniques. En conséquence, le nombre moyen d'événements de vie rapporté par les sujets alcooliques chroniques sera moins élevé.

HA3.2 : Capacité à dater et à situer chronologiquement les événements vécus (a & b)

Rappel de l'hypothèse théorique HA3.2

HA3.2 : Du point de vue chronologique, nous nous demandons si les troubles liés à la temporalité sont plus prégnants chez les sujets alcooliques chroniques.

Dans le questionnaire d'événements de vie, nous relèverons les **informations chronologiques** apportées par le sujet, **permettant de dater ou de situer les événements** vécus.

Nous **comparerons l'occurrence (nombre et pourcentage)** et la **précision** de ces données.

Hypothèses de travail HA3.2 :

HA3.2(a) : Nous nous attendons à ce que les sujets alcooliques intermittents rapportent, dans le questionnaire d'événements de vie, davantage d'informations chronologiques. Les sujets alcooliques intermittents présenteront un pourcentage plus élevé d'événements de vie accompagnés d'informations chronologiques. Au contraire, les sujets alcooliques chroniques fourniront moins d'informations chronologiques. Le pourcentage d'événements de vie accompagnés d'informations chronologiques sera donc moins élevé.

HA3.2(b) : Nous nous attendons à ce que les sujets alcooliques intermittents parviennent à dater *précisément* davantage d'événements de vie. Le pourcentage d'événements datés précisément sera plus élevé chez les sujets alcooliques intermittents.

En revanche, le nombre moyen d'événements datés précisément sera proportionnellement moins élevé chez les sujets alcooliques chroniques.

HA3.3 : Impact émotionnel des événements vécus (a & b)

Rappel de l'hypothèse théorique HA3.3

HA3.3 : Du point de vue de l'impact émotionnel, nous avançons que les sujets alcooliques intermittents exprimeraient davantage d'émotions en lien avec les événements vécus alors que les sujets alcooliques chroniques seraient plus réservés.

Nous évaluerons l'**impact** des événements vécus selon les cotations suivantes :

+	événement vécu de manière positive
-	événement vécu de manière négative
/	lorsque l'événement n'a eu aucun impact émotionnel verbalisé
?	lorsqu'il est impossible de déterminer l'impact émotionnel de l'événement de vie

Nous **comparerons le nombre moyen et le pourcentage d'événements vécus de manière négative** (événements vécus comme stressants) des deux groupes de sujets.

Nous **comparerons également le nombre moyen et le pourcentage d'événements pour lequel il est impossible de déterminer l'impact émotionnel** des deux groupes de sujets.

Hypothèses de travail HA3.3

HA3.3(a) : Les sujets alcooliques intermittents rapporteront davantage d'événements de vie vécus de manière négative. Le pourcentage d'événements de vie vécus de manière négative sera donc plus élevé chez ces sujets.

En conséquence, les sujets alcooliques chroniques rapporteront moins d'événements de vie vécus de manière négative. Le nombre moyen d'événements de vie vécus de manière négative sera donc proportionnellement moins élevé chez ces sujets.

HA3.3(b) : Chez les sujets alcooliques chroniques, nous nous attendons à trouver davantage d'événements dont il est impossible de déterminer l'impact. Le pourcentage d'événements de vie dont il est impossible de déterminer l'impact sera donc plus élevé que dans le groupe des sujets alcooliques intermittents.

En revanche, chez les sujets alcooliques intermittents, nous retrouverons moins d'événements pour lesquels il est impossible de déterminer l'impact. Le pourcentage d'événements de vie dont il est impossible de déterminer l'impact sera donc moins élevé chez ces sujets.

HA3.4 : Liens entre événements de vie et alcoolisation

Rappel de l'hypothèse théorique HA3.4

HA3.4 : Enfin, au regard des liens éventuels entre événements vécus et alcoolisations, les sujets alcooliques chroniques éprouveraient davantage de difficultés à effectuer cette liaison. Au contraire, les sujets alcooliques intermittents établiraient davantage de liens entre les événements vécus et leurs alcoolisations.

Nous **relèverons les liens** que les sujets établissent entre leurs alcoolisations et les événements qu'ils ont vécus. Ces liens pourront s'exprimer selon deux directions :

- L'événement est considéré comme **déclencheur, comme cause des alcoolisations**.
- L'événement est perçu comme une **conséquence des alcoolisations**.

Nous **comptabiliserons et comparerons le nombre et le pourcentage de liens effectués, puis** selon ces deux directions distinctes, pour les deux groupes de sujets.

Hypothèse de travail HA3.4

HA3.4 : Nous nous attendons à ce que les sujets alcooliques intermittents effectuent, dans le questionnaire d'événements de vie, davantage de liens entre les événements qu'ils ont vécus et leurs alcoolisations.

En conséquence, le pourcentage d'événements de vie (causes ou conséquences) en lien avec les alcoolisations sera plus élevé chez les sujets alcooliques intermittents.

En revanche, le nombre moyen d'événements (causes ou conséquences) liés aux alcoolisations sera proportionnellement moins important chez les sujets alcooliques chroniques.

4.2. Hypothèses HB : Réalité intrapsychique.

HB1 : Organisation de la personnalité.

Rappel de l'hypothèse théorique HB1

HB1 : Sans nous avancer sur sa nature, ces données nous conduisent à postuler une organisation de la personnalité différente entre sujets alcooliques chroniques et intermittents. Plus précisément, l'organisation intrapsychique des sujets alcooliques chroniques serait plus régressive que celle des sujets alcooliques intermittents.

En suivant les travaux de Bergeret (1975), Chabert (1997) et De Tychev (1994), l'organisation intrapsychique sera appréhendée selon **quatre dimensions** :

- Image du corps et Représentation de Soi (HB1.1)
- Relation d'objet (HB1.2)
- Angoisse (HB1.3)
- Mécanismes de défense (HB1.4)

Les quatre dimensions de l'organisation de la personnalité seront explorées grâce aux données recueillies au TAT (relation d'objet et mécanismes de défense uniquement) et au Rorschach, dont nous ferons, le cas échéant, converger les résultats.

HB1.1 : Image du corps et Représentation de soi

Rappel de l'hypothèse théorique HB1.1

HB1.1 : Les données de la littérature et les études menées à partir des projectifs font consensus autour de l'idée d'une image du corps fortement atteinte chez le sujet alcoolique. De même, la représentation de soi apparaît fragilisée, les troubles identitaire et identificatoire sont majeurs. En l'absence d'étude comparative, nous avançons que l'image du corps (**HB1.1.1**) et la représentation de soi (**HB1.1.2**) seraient atteintes dans les deux groupes, cependant elles seraient plus fragiles chez les sujets alcooliques chroniques.

- HB1.1.1 : Image du corps (a & b)

Pour opérationnaliser l'**image du corps**, nous utiliserons la **Grille de la Dynamique Affective : Axe de l'Image du Corps**, formalisée par Rausch de Trautenberg & al. (1990).

Il s'agira de relever les **représentations humaines et/ou animales**, et de repérer l'accession ou non à une **image du corps unitaire**. Lorsque la représentation a fait l'objet d'une **identification sexuelle**, la mention « **m** » (**masculin**) ou « **f** » (**féminin**) sera ajouté.

La cotation s'effectue suivant un **continuum**, d'une image du corps intègre à fragmentaire :

A) Image du corps intègre (F+) : représentations d'humains ou d'animaux entiers.

B) Image du corps atteinte (F+ ; F- ; F+/-), deux cas sont à distinguer :

- Les **images d'incomplétude** renvoyant à la castration secondaire (nez cassé...);
- Les représentations de **mutilation** (femme sans tête) ou **dysmorphiques**, hybrides... avec notion d'anormalité, se référant à la castration primaire (nain...).

Dans ces cas, d'après Nina Rausch de Traubenberg & al. (1990), « *il est important de mettre en relation ces réponses avec celles de la rubrique D, afin de préciser si la castration primaire renvoie à une problématique liée à une défaillance narcissique ou si elle appartient à une problématique psychotique* »

C) Image du corps partielle (F+) : elle correspond aux segments corporels internes (y compris Anat) ou externes (cotés Hd ou Ad) correctement perçus.

D) Image du corps fragmentaire (F-) : elle renvoie à l'image du corps morcelée, détruite ou annihilée, aux réponses anatomiques ou non (sang, cadavre...).

(Cf. **Annexe n°I-6 p. 9**)

Nous **comparerons les scores obtenus** par les sujets alcooliques chroniques et intermittents, **pour l'image du corps entière, atteinte, partielle et fragmentaire**.

Nous rapporterons ces scores au nombre total de réponses concernant l'image du corps (**pourcentage**).

Hypothèses de travail HB1.1.1

HB1.1.1 : Dans la Grille de la Dynamique Affective : Axe de l'Image du Corps de Nina Rausch de Traubenberg & al. (1990), nous nous attendons à ce que l'image du corps des sujets alcooliques soit fragile dans les deux groupes ; cependant l'image du corps des sujets alcooliques intermittents serait moins détériorée que celle des sujets alcooliques chroniques.

HB1.1.1(a) : Les scores d'image du corps atteinte, partielle et fragmentaire devraient être élevés dans les deux groupes, mais proportionnellement (%) plus importants chez les sujets alcooliques chroniques.

HB1.1.1(b) : En revanche, le score d'image du corps intègre des sujets alcooliques intermittents devraient être proportionnellement (%) plus élevé que celui des sujets alcooliques chroniques.

- HB1.1.2 : La représentation de soi (a,b,c,d,e,f)

Afin d'opérationnaliser la **représentation de soi**, nous nous baserons sur les travaux de Nina Rausch de Traubenberg (1981) à partir du **Rorschach** et plus particulièrement sur la « **Grille de Représentation de Soi** » (1984). (cf. **Annexe n°I-7.1, p.11**)

Il s'agira de coter chaque réponse selon quatre critères permettant de traduire l'identité, la relation au monde, les identifications... caractéristiques de la représentation de soi :

- Dans la première colonne, le **contenu de la réponse** : humain (01 à 005), animal (10 à 104), inanimé (20 à 61), et sa **qualité** (intégrale, fragmentaire...).
- Dans la deuxième colonne, le **mode d'entrée en contact avec l'objet** : **1 & 2** renvoient aux relations **œdipiennes** ; **13 à 16** se réfèrent à la **dévitisation**...
- Dans la troisième colonne, les **identifications sexuelles** : masculine, féminine, non précisée, ambiguës...
- Enfin, dans la quatrième colonne, la **qualité de la différenciation sujet/objet** : contenu détérioré, gémellaire, régressif...

Dans un second temps, une **synthèse** sera effectuée à l'aide d'un tableau (cf. **Annexe n°I-7.2, p. 12**), nous permettant de conclure quant à la **représentation de soi de chaque sujet**.

A terme, nous pourrions **comparer la représentation de soi des sujets alcooliques chroniques et intermittents**. Nous distinguerons pour chacune des dimensions étudiées :

- Nombre et proportion de représentations animées/inanimées, unitaires/fragmentaires,
- Nombre et pourcentage d'interactions, d'actions subies et de dénominations simples,
- Nombre et pourcentage d'identifications,
- Nombre et proportion de contenus attestant d'une problématique de différenciation.

Hypothèses de travail HB1.1.2

HB1.1.2 : Dans la Grille de la Représentation de Soi (Rausch de Traubenberg & Sanglade, 1984), nous nous attendons à ce que la représentation de soi des sujets alcooliques apparaisse fragile. Cependant, la représentation de soi des sujets alcooliques intermittents sera moins détériorée que celle des sujets alcooliques chroniques.

HB1.1.2(a) : En d'autres termes, **dans la première colonne**, les scores renvoyant aux contenus unitaires (humain 01 à 04, animal 10 à 14 et inanimé 20 à 24) seront proportionnellement plus importants (%) dans le groupe des sujets alcooliques intermittents.

HB1.1.2(b) : En revanche, les scores renvoyant aux contenus « morcelés » (humain 05 à 00, animal 15 à 100, inanimés 25 à 61) seront plus élevés chez les sujets alcooliques chroniques.

HB1.1.2(c) : Dans **la deuxième colonne**, nous nous attendons à ce que le nombre d'interactions (1 à 6) soit plus important chez les sujets alcooliques intermittents.

HB1.1.2(d) : Par contre, les actions subies (10) et les dénominations simples (12) seront proportionnellement plus importantes dans le groupe de sujets alcooliques chroniques.

HB1.1.2(e): Dans **la troisième colonne**, nous nous attendons à retrouver davantage d'identifications sexuelles (**M ; F**) dans le groupe de sujets alcooliques intermittents.

HB1.1.2(f): Enfin, dans **la dernière colonne**, les contenus détériorés (D), et ceux attestant d'une problématique de différenciation sujet/objet seront proportionnellement plus nombreux dans le groupe de sujets alcooliques chroniques.

HB1.2 : Relation d'objet (a,b,c,d,e,f,g)

Rappel de l'hypothèse théorique HB1.2

HB1.2 : L'accession à une relation d'objet génitale sera compromise dans les deux groupes ; Cependant, nous observerons chez les sujets alcooliques intermittents, des relations d'objet plus élaborées que dans le groupe des alcooliques chroniques.

Nous opérationnaliserons cette dimension grâce au **Rorschach et au TAT**. Nous serons donc en mesure d'opérer des **convergences entre les données obtenues à ces deux outils**.

Les résultats nous permettront de **comparer la relation d'objet des sujets alcooliques chroniques et intermittents**.

Au **Rorschach**, nous observerons en particulier les manifestations de la relation d'objet aux planches **II, III, VII**, dont la structure bilatérale invite à ce type de projection. Nous examinerons par ailleurs, la nature des relations d'objet projetées aux autres planches. Afin d'identifier les relations d'objet de niveau névrotique, limite et psychotique, nous retiendrons les critères suivants (Chabert, 1997) :

Relation d'objet de type génital, œdipien	Relation d'objet de type anaclitique ou narcissique	Relation d'objet de type psychotique
<ul style="list-style-type: none"> - Capacité à projeter du mouvement (K) - Représentations humaines ou animales en relation de congruence (mode « érotisé »), ou d'opposition (valence agressive de l'Œdipe) 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à projeter du mouvement (K de posture) - Action unilatérale - Absence de relation d'altérité : réponse « reflet », en miroir, « jonction »... - Relation sous le signe de la proximité et/ou la passivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mouvement - Relation fusionnelle et/ou de destruction - Désinvestissement objectal et centration sur le corps.

Hypothèses de travail HB1.2. :

HB1.2(a) : La relation d'objet de niveau limite anaclitique et/ou narcissique (difficulté à projeter du mouvement et des interactions, relation en miroir et/ou de proximité, jonction...) sera dominante dans les deux groupes.

HB1.2(b) : Si la relation d'objet génitale sera peu fréquente dans les deux groupes, elle apparaîtra néanmoins dans les protocoles des sujets alcooliques intermittents.

Ainsi, nous nous attendons à observer davantage d'interactions et de relations de congruence ou d'opposition dans les productions des sujets alcooliques intermittents.

HB1.2(c) : Enfin, nous nous attendons à retrouver davantage de relations d'objet archaïques, de niveau psychotique (absence de mouvement, relation fusionnelle ou de destruction, désinvestissement objectal et centration sur le corps) chez les sujets alcooliques chroniques.

Par ailleurs, **l'axe objectal du TAT** nous permet d'appréhender, à travers les récits, la relation d'objet. Nous observerons plus particulièrement les **procédés d'élaboration du discours** et la mise en scène des relations d'objet projetées aux planches :

- **2** : mise en place ou non de la triangulation œdipienne ;
- **4** : relation conflictuelle dans le couple, possibilité de mise en place de la triangulation œdipienne (personnage féminin à l'arrière plan) ;
- **10** : relation libidinale dans le couple.

Selon les avancées de Shentoub (1990), nous retiendrons les critères suivants :

NIVEAU NEVROTIQUE Relation d'objet de type génital, œdipien	NIVEAU LIMITE Relation d'objet de type anaclitique ou narcissique	NIVEAU PSYCHOTIQUE Relation d'objet de type psychotique
- Altérité - Erotisation de la relation (B3.2) - Mise en place de la triangulation œdipienne	- Maintien de la relation duelle - Relation de soutien, d'aide (CM1) - Relation en miroir (CN5) - Centration sur des détails narcissiques (CN2)	- Fantômes destructeurs et/ou persécuteurs dans la relation (émergence des processus primaires, PED E) - Absence de relation entre les personnages

Hypothèses de travail HB1.2. (suite)

HB1.2(d) : Au TAT, aux planches 2, 4, 10, l'accès à une relation d'objet génitale sera compromis dans les deux groupes. En conséquence, la reconnaissance de l'altérité et de la triangulation sera difficile, et sa conflictualisation minimale. De la même manière, la mise en place de relation érotisée sera entravée.

HB1.2(e) : Cependant, nous nous attendons à retrouver davantage d'indices de la relation d'objet de niveau névrotique chez les sujets alcooliques intermittents.

HB1.2(f) : Dans les deux groupes, la relation d'objet de niveau limite apparaîtra comme dominante. Les sujets tenteront de maintenir une relation duelle, se centreront sur des préoccupations narcissiques et enfin, projeteront des relations en miroir et/ou anaclitiques.

HB1.2(g) : Enfin, chez les sujets alcooliques chroniques, nous nous attendons à retrouver davantage d'éléments allant dans le sens d'une relation d'objet de niveau psychotique : absence totale de relation entre les personnages, émergence des processus primaires à travers des fantasmes de destruction et/ou de persécution (Procédé d'Elaboration du Discours E).

HB1.3 : Angoisse

Rappel de l'hypothèse théorique HB1.3

HB1.3 : Dans les deux groupes, nous nous attendons à trouver une angoisse importante (**HB1.3.1**) en deçà de la castration (**HB1.3.2**), cependant l'angoisse dominante apparaîtra comme plus archaïque chez les sujets alcooliques chroniques.

L'analyse des protocoles **Rorschach** devrait nous permettre de **dégager et de comparer l'angoisse dominante** des sujets alcooliques chroniques et intermittents.

D'après Rausch de Traubenberg & Boizou (1977), il convient de distinguer « **l'angoisse franche** » et « **la représentation de fantasme** ».

L'**angoisse franche** correspond aux expressions manifestes d'angoisse lors de la passation, à travers le comportement (« acting »...) et/ou la verbalisation directe de cet affect.

La **représentation de fantasme** renvoie au type spécifique d'angoisse (de castration, dépressive de perte d'objet, de morcellement ou de destruction), et s'exprime à travers la ou les thématiques dominantes des réponses.

- HB1.3.1 : Intensité de l'angoisse

Afin d'opérationnaliser l'angoisse franche, nous examinerons les critères suivants :

- L'**indicateur d'angoisse** (IA%) du psychogramme.
$$IA\% = \frac{\sum (Hd + Anat + Sg + Sx)}{\sum R} \text{ (Normes } < 11 \%) ;$$

- La présence du **Clob** ;
- Les **retournements** (« acting ») ;
- Les **Chocs** : Choc N, Choc R, Choc M... ;
- Le **temps de latence** (allongement ou réduction comme révélateur d'angoisse) ;
- Les **expressions d'angoisse dans le protocole**.

Hypothèse de travail HB1.3.1

HB1.3.1 : Nous nous attendons à ce que les indicateurs Rorschach (IA%, Clob, Choc...) révèlent une angoisse franche importante dans les deux groupes.

- HB1.3.2 : Nature de l'angoisse (a & b)

Cependant, ces indicateurs ne nous donnent pas d'informations quant à la **nature de l'angoisse** (« représentation de fantasme »). En conséquence, nous explorerons les modes d'expression de l'angoisse pour les trois organisations de la personnalité (De Tychey, 1986).

Ainsi concernant, **l'angoisse de castration dans la structure névrotique**, nous considérerons les indicateurs suivants :

- Nombre de **Hd** > à la norme (2 H pour une 1 Hd).
- Nombre de **Ad** > à la norme (4 A pour une 1 Ad).

Ces deux indicateurs sont révélateurs de l'angoisse castration s'ils ne sont pas associés à une forme arbitraire (F-), et si le sujet est capable de proposer par ailleurs des réponses entières.

Dans le cas contraire, ces indices renverraient à **l'angoisse de morcellement** (Chabert, 1987).

- Réponses cotées « **Defect** », qui désignent toujours une représentation à laquelle il manque quelque chose.

Comme les indices précédents, associées à des fantasmes destructeurs (émergence des processus primaires), ces réponses se réfèrent à un autre niveau que l'angoisse de castration.

- Certains **contenus**, selon Schafer (1958), peuvent être révélateurs de l'angoisse de castration (membres amputés, pinces, cicatrices...), auxquels s'ajoute les thématiques « phalliques agressives » (massues, coqs se battant...).
- Aussi, la castration pourrait transparaître de manière plus subtile **à travers la dynamique des réponses** de la/des planches, en fonction de la thématique des réponses.
- Enfin, nous porterons une attention particulière aux **planches IV et VI** qui, de par leur contenu latent, peuvent réactiver plus fortement l'angoisse de castration.

En ce qui concerne l'**angoisse dépressive de perte d'objet**, dominante dans les organisations limites, nous considérons plusieurs indicateurs :

- La **relation sujet/testeur** : nous observerons si le sujet formule **des plaintes, des demandes (recherche d'étayage)**... ces attitudes sont, en effet, évocatrices du besoin de proximité, de la quête de soutien.
- Les **Autocritiques** peuvent révéler l'**incomplétude narcissique** du sujet (manque de confiance), une certaine **dévalorisation**, source potentielle de rejet.
- **E pur et l'estompage aux planches couleurs.**
- **L'absence totale, la projection massive ou la tentative de négation du C'** démontre l'impossibilité du sujet à faire l'expérience de la dépression.
- La présence de **relation d'objet anaclitique** (relation d'aide, de soutien...).
- Les réponses « **jonction** » (lien, contenu gémellaire...).
- Les réponses à la **planche V** (solidité de la représentation de soi), ainsi que les manifestations plus subtiles à travers la dynamique des réponses.
- La **capacité à évoquer les deuils.**

Enfin, dans la structure psychotique, il convient de distinguer l'**angoisse de destruction et l'angoisse de morcellement.**

L'**angoisse de destruction** sera révélée par des **représentations et des fantasmes véhiculant une thématique de destruction.** Ces fantasmes peuvent également apparaître dans l'organisation limite. Or, ils s'expriment dans un registre différent dans le niveau psychotique. Selon Chabert (1987), il s'agirait de **destruction réalisée** concernant l'**image du corps toute entière** (éclatement, mort...), et non seulement l'identité narcissique.

Du côté de l'**angoisse de morcellement**, il est important (toujours selon Chabert, 1987) de distinguer l'authentique angoisse **de la lutte contre le morcellement**, qui agit également dans le registre limite. **Cette lutte** s'exprime au Rorschach par le **déni de tout vide, l'insistance sur le caractère compact des planches** (planche X mais aussi planche VIII, où la banalité est habituellement donnée en premier.).

En ce qui concerne plus spécifiquement l'**angoisse de morcellement**, nous retiendrons :

- Le **Choc M de la planche X.** Très fréquent, seul, il ne préjuge de ce type d'angoisse. Néanmoins, si le sujet se révèle **incapable de remonter vers l'unité**, et **projette des thématiques crues accompagnées d'un mauvais cadrage formel**, l'angoisse de morcellement peut être avancée.
- **Nombre de Hd et Ad supérieur aux normes**, associé à un **cadrage formel défaillant.**

- Les **fantasmes de morcellement** (morcellement de l'enveloppe corporelle, centration sur l'intérieur du corps : corps éclaté, écrasé, qui part en morceaux...).
- Les **thématiques de destruction réalisée**.

Hypothèses de travail HB1.3.2

HB 1.3.2(a) : L'angoisse dominante serait d'un niveau plus archaïque chez les sujets alcooliques chroniques, comparativement aux sujets alcooliques intermittents.

En ce sens, les indicateurs concernant l'angoisse de morcellement et de destruction (Choc pl. X ; Hd et Ad, fantasme de morcellement et thématique de destruction réalisée) seraient plus présents dans le groupe de sujets alcooliques chroniques.

HB 1.3.2(b) : En revanche, même si l'angoisse dépressive de perte d'objet est dominante dans le groupe des sujets alcooliques intermittents, des indicateurs d'angoisse de castration (Hd et Ad ; Defect, contenus spécifiques...) seront également présents chez eux.

HB1.4 : Mécanismes de défense (a,b,c,d,e,f,g)

Rappel de l'hypothèse théorique HB1.4

HB1.4 : Toujours en l'absence d'étude comparative, nous nous demandons si les mécanismes de défense mis en place par les sujets alcooliques chroniques seraient différents, et surtout plus archaïques que ceux utilisés par les sujets alcooliques intermittents.

Pour opérationnaliser cette dimension, nous observerons les **données obtenues au Rorschach et au TAT**.

Nous pourrions donc effectuer des **convergences** entre ces outils ; ce qui nous permettra de **dégager le style défensif des sujets alcooliques chroniques et intermittents**.

Après avoir **repéré les mécanismes de défense**, nous **comparerons les modalités défensives** des sujets alcooliques chroniques à celles des sujets alcooliques intermittents.

En ce qui concerne le **Rorschach**, nous observerons **les mécanismes de défense** selon leur appartenance à la lignée névrotique, limite et psychotique, pour chaque groupe de sujets.

A) Les mécanismes de défense dans la structure névrotique :

Le refoulement est la défense dominante dans toutes les structures névrotiques. Cependant, il peut apparaître, mais de manière moindre, dans les organisations limites et psychotiques.

Nous l'inférerons à partir des **Banalités (Ban) associées à une bonne forme (F+)**.

- Particularité des opérations défensives de la structure phobique :

Le **symptôme phobique** peut émerger dans toutes les organisations. Nous nous intéresserons ici aux **défenses phobiques** de la **lignée névrotique**, en lien avec l'angoisse de castration.

L'inhibition s'observe également dans les autres niveaux, nous retiendrons comme indicateur le **nombre réduit de réponses** au test, les verbalisations restreintes, les silences, les refus....

La projection dans le réel du danger pulsionnel : les représentations chargées d'angoisse sont projetées sur des objets externes ressentis comme dangereux entraînant l'évitement ; il s'agira d'**animaux anxigènes** suggérant la répulsion ou le dégoût (insectes, loup, serpent...).

Les défenses contra-phobiques : non spécifiques aux organisations phobiques, elles consistent à attaquer ou à avoir une attitude de défi dans les situations jugées dangereuses.

Elles s'expriment par **l'amusement, le rire, une attitude méprisante** vis-à-vis des réponses.

b) Particularité des opérations défensives de la structure obsessionnelle

La régression : ici, il s'agit de **régression vers le stade anal**, réactivant la problématique « donner/ne pas donner ». Nous retiendrons comme indicateurs :

- Les **doutes pathologiques** (les précautions verbales...);
- La **recherche de l'équilibre** (préoccupation pour **la symétrie des planches**...);
- **L'expression franche de représentation colorée analement** ;
- Les réponses cotées « **Perspective Anale** » dans la colonne qualitative.

L'annulation rétroactive : le sujet tente de faire en sorte que **ses pensées, ses paroles, ses gestes... ne soient pas advenus**. Elle va se traduire par le **besoin de minimiser le contenu et/ou la portée de la réponse** (« *un papillon, non c'est tiré par les cheveux* »).

La formation réactionnelle s'exprime par le **recours à des attitudes conscientes en opposition avec les pulsions inconscientes** qui les ont déterminées. Nous retiendrons :

- Les attitudes du sujet : **coopération** (« Merci », Formation Réactionnelle Contre l'Agressivité) et/ou tentative pour faire comprendre à l'examinateur qu'il n'a besoin de rien (Formation Réactionnelle Contre le Besoin de Dépendance) ;
- **FC, FE, KC...** qui exprime un contrôle pulsionnel par un contrôle formel fort.
- Les **scénarios kinesthésiques** (K, KC, kan...) caractérisés par les **thématiques de jeu, de bienséance, de douceur...**

L'isolation : Le sujet s'efforce de **détacher la représentation de son contexte émotionnel** afin de réduire l'impact émotionnel du stimulus. Nous retiendrons comme indicateurs, le **Dd** et le **Di**.

Précisons que **l'intellectualisation** est une déclinaison de l'isolation. Elle s'exprime, au niveau thématique, par des **contenus relatifs à l'art, la science...**

La mise à distance contribue également à l'éloignement des affects. Il peut s'agir de mise à distance **spatiale** (« *ils sont de je ne sais pas quelle galaxie* »), ou **temporelle** (« *un animal préhistorique* »), ou d'une tentative de minimisation (« *un genre de...* »).

Le recours à la réalité externe vise également à l'isolation des affects, le sujet s'appuyant uniquement sur le percept. Il va se traduire par le **F+** (bonne forme).

B) Les mécanismes de défense dans l'organisation limite :

L'organisation limite est caractérisée par un **polymorphisme des défenses** (Bergeret, 1975 ; De Tychev, 1982...). Selon son degré d'intégration, cette organisation peut emprunter certaines défenses des structures névrotique (refoulement...) ou psychotique (déli...).

Le clivage renvoie à la coexistence de représentations contradictoires sans lien entre elles.

Nous retiendrons les indicateurs suivants :

- Les réponses cotées **Confabulation, Contamination**. Cependant, dans le registre limite (contrairement au niveau psychotique), le sujet va exprimer son angoisse ou reconnaître le caractère délirant de sa production.
- L'apparition **Couleur arbitraire** dénote l'impossibilité d'intégrer les expériences sur la base d'un critère objectif.

A ce propos, les **affects associés aux réponses couleurs** sont extrêmement intéressants en tant qu'ils traduisent, parfois, une franche **opposition entre sentiments contradictoires** : affect exagérément positif vs exagérément négatif à la même planche.

- Les **oscillations d'un extrême à l'autre** sans possibilité de synthèse, au niveau d'une même réponse, de la dynamique intraplanche ou interplanche, témoignant d'une non intégration de l'ambivalence.

L'idéalisation est un **corollaire du clivage**, dans la mesure où cette opération a pour but de maintenir le bon objet séparé du mauvais. Elle implique donc un **déni des caractéristiques non désirées de l'objet** doublé d'une **revalorisation de celui-ci** (Lerner & Lerner, 1980).

L'idéalisation peut être inférée à travers les **exclamations exagérément positives** du sujet lors de la passation, et les **représentations décrites de manière (exagérément) positives**.

La dévalorisation : est le mécanisme opposé à l'idéalisation. En ce sens, elle a pour but de **déprécier ses propres objets internes et/ou externes** (Lerner & Lerner, 1980).

La **dévalorisation** peut être repérée à travers les **affects négatifs** exprimés par le sujet vis-à-vis de lui-même (**autocritique**) et/ou à l'égard du test **sans introduction d'une mauvaise intention**, et les **représentations décrites de manière (exagérément) négatives**.

L'identification projective : consiste à **identifier des parties de son Moi projetées sur des objets extérieurs pour en prendre le contrôle**. Elle s'exprimera au test :

- Les réponses cotées **Confabulation** (souvent kinesthésique) associées à un cadrage formelle défaillant, qui véhiculent une tonalité agressive ou menaçante, et reflètent la fragilité de la limite dehors/dedans.
- **Attribution de sentiments aux représentations qui dénotent la porosité des limites** (pl. IV « *un dragon qui a l'air triste, je le vois dans son regard* »).

Le recours au comportement : l'acte remplace la réflexion... Nous l'inférerons à partir des « **acting** » durant la passation (gestes...) et les **retournements** de planche.

Le déni, dans le registre limite diffère du déni psychotique. Il porte sur la **signification affective de l'objet**, et notamment **sur la reconnaissance du sexe féminin**, ce qui permet, en outre, de nier la différence des sexes, et donc la génitalité (Bergeret, 1975).

- Le **déni du sexe féminin** s'infère à partir de la projection de **personnages hermaphrodites, bisexués...** et **l'inversion de la symbolique sexuelle** des planches.
- Dans le même ordre d'idée, le **déni de la différence** (non reconnaissance de l'altérité) peut être dégagé à partir des **contenus gémellaires**.
- **Le déni du caractère menaçant de la réalité externe** se manifeste dans les formules du type « *un monstre... non, un ours, plutôt un nounours...* » (pl. VI).

C) Les mécanismes de défense dans la structure psychotique :

Dans la structure psychotique, les **processus primaires sont dominants**, en conséquence, le refoulement est mis en échec et est suppléé par des défenses archaïques.

La régression fusionnelle, plus archaïque, donne à voir un **retour vers un vécu fusionnel**.

Elle peut s'inférer à partir des contenus tels que « *des tâches d'encre qui coulent* », et plus particulièrement par des représentations renvoyant aux **contenus marins** (hippocampe...).

La projection consiste à **rejeter au dehors** afin de **localiser dans l'autre** une pulsion inacceptable, et ainsi la méconnaître en soi-même. Nous retiendrons comme indicateurs :

- Les **réponses morbides, agressives, anatomiques ou sexuelles plus ou moins crues**, sans qu'aucun élément formel ne vienne les justifier (**F-**).
- La **projection du Surmoi** apparaît dans **les ordres et les critiques intolérables**, des **jugements moraux sont attribués par le sujet au testeur**.
- La **projection du Ca** consiste à **attribuer aux autres la responsabilité de ses propres productions** (le test a été construit « exprès »... cf. structure paranoïaque).

Le déni, dans la structure psychotique, porte sur la **reconnaissance de la réalité externe**. C'est son caractère **rigide** qui va fonder son rattachement à cette organisation. En effet, utilisé ponctuellement, le déni peut avoir une valeur adaptative, et ainsi, apparaître dans n'importe quelle organisation de la personnalité. Ainsi, nous considérerons les indicateurs suivants :

- Les réponses **Persévération** (Chabert, 1987) montrent que le sujet ne tient pas/plus compte de la réalité objective, il est soumis à la compulsion de répétition.
- Le **déni de la relation** se traduit par **l'absence de kinesthésie** (y compris planche III).
- **Le déni du morcellement (planche X)** : le sujet perçoit la planche **comme compacte**.
- Le **déni hypomaniaque** vise à **nier l'affect dépressif**. Il se traduit par une **attitude euphorique**, une logorrhée... (absence de temps de latence, de silence...) ; le sujet va projeter, aux **planches noires, des couleurs gaies**, trouver l'image joyeuse...

Au **TAT**, l'analyse des **Procédés d'Elaboration du Discours (PED)**, selon la **méthode de Shentoub** (1990 ; nouvelle Feuille de Dépouillement, Azoulay & Emanuelli, 2000), permettra de dégager les opérations défensives sous jacentes (cf. **Annexe n°I-8, p. 13**).

- Les PED de la **série A « rigidité »** et **B « labilité »** impliqueraient des défenses de la lignée névrotique. A ce propos, les procédés **A3** et **B3** renvoient, respectivement, à des mécanismes spécifiques aux structures obsessionnelles et hystériques.
- Les PED de la **série C « évitement du conflit »**, seraient sous tendus par des défenses propres aux organisations limites (CL « investissement des limites »...)

- Les PED de la série **E** « **émergence des processus primaires** », pourraient conduire, par leur massivité, à postuler une organisation défensive de type psychotique.

Hypothèses de travail HB1.4 :

HB1.4(a) : Les sujets alcooliques, chroniques et intermittents, utiliseront davantage de mécanismes de défense prégénitaux (lignées limite et psychotique), au Rorschach et au TAT.

HB1.4(b) : Cependant, au Rorschach, les sujets alcooliques intermittents utiliseraient, en parallèle, davantage de mécanismes de défense plus élaborés (registre névrotique).

HB1.4(c) : En revanche, les sujets alcooliques chroniques utiliseraient en parallèle davantage de mécanismes de défense appartenant à la lignée psychotique.

HB1.4(d) : Ceci se traduirait au TAT, par une prédominance des procédés d'élaboration du discours C dans les deux groupes de sujets.

HB1.4(e) : Cependant, les sujets alcooliques intermittents produiraient, par ailleurs, davantage de procédés d'élaboration du discours A et B.

HB1.4(f) : A l'inverse, les sujets alcooliques chroniques utiliseraient en parallèle davantage de procédés d'élaboration du discours E (émergence des processus primaires).

HB2 : Le fonctionnement mental

Rappel de l'hypothèse théorique HB2

HB2 : Le fonctionnement psychique des sujets alcooliques serait altéré. Or, il serait moins défaillant chez les sujets alcooliques intermittents.

En suivant les travaux de De Tychev & al. (1991), nous approcherons le fonctionnement mental à travers **trois dimensions** :

- L'espace imaginaire (HB2.1)
- La mentalisation (HB2.2)
- L'efficacité des défenses (HB2.3)

Les trois dimensions du fonctionnement mental seront explorées grâce aux données recueillies au **Rorschach**.

HB2.1 : L'espace imaginaire (a & b)

Rappel de l'hypothèse théorique HB2.1

HB2.1 : L'espace imaginaire devrait apparaître comme appauvri dans les deux groupes. Cependant, il serait plus riche chez les sujets alcooliques intermittents que chez les sujets alcooliques chroniques.

Plusieurs **indices du psychogramme** nous permettent d'appréhender l'espace imaginaire. (De Tychev, Rebourg & Vivot, 1991).

INDICES	NORMES
R = nombre de réponses au test	20/30 réponses au test
K = nombre de grandes kinesthésies	Supérieur ou égale à 3
k = nombre de petites kinesthésies (kan, kob, kp)	Supérieur à 4
F% = pourcentage de réponses déterminées par la forme	Norme = 60/75%
F+% = pourcentage de bonnes formes	Norme = 75/80%
A% = pourcentage de réponses ayant un contenu animal	Norme = 50%
TRI = Type de Résonance Intime	Introversif/Extratensif dilaté
FS = Formule Secondaire	Introversif/Extratensif dilaté
Sensibilité aux contenus latents (cf. Annexe I-2.1)	5, 6, 7 planches en accord avec le contenu latent

Nous reporterons les résultats des sujets alcooliques chroniques et intermittents pour chacun de ces indicateurs. Selon le nombre d'indicateurs conforme aux données normatives, nous concluons quant à la richesse vs la pauvreté de l'espace imaginaire des sujets.

Nous **comparerons** alors **l'espace imaginaire des sujets alcooliques chroniques** à celui des **sujets alcooliques intermittents**.

Hypothèses de travail HB2.1

HB2.1(a) : Au Rorschach, l'espace imaginaire des sujets alcooliques apparaîtra comme appauvri. En d'autres termes, peu d'indicateurs (nombre de réponses, grandes et petites kinesthésies, TRI et FS dilatés...) atteindront les valeurs normatives.

HB2.1(b) : Cependant, les sujets alcooliques intermittents auront un espace imaginaire moins détérioré que celui des sujets alcooliques chroniques.

En conséquence, nous nous attendons à retrouver davantage d'indicateurs dans les normes pour les sujets alcooliques intermittents.

HB2.2 : La mentalisation

Rappel de l'hypothèse théorique HB2.2

HB2.2 : Les capacités de mentalisation seront atteintes dans les deux groupes.

Cependant, les sujets alcooliques intermittents présenteront une mentalisation (expression pulsionnelle **HB2.2.1** ; symbolisations sexuelles et agressives **H2.2.2** ; liaison entre affect et représentation **HB2.2.3**) d'une qualité supérieure à celle des sujets alcooliques chroniques.

Pour appréhender la **qualité de la mentalisation**, nous nous baserons sur des éléments formalisables au **Rorschach** :

- **L'expression pulsionnelle et de l'agressivité (HB2.2.1)**, en référence aux travaux de Rausch de Trautenberg & al. (1990).

Selon De Tychev & al. (2000), la **symbolisation** est l'opération fondamentale qui qualifie la mentalisation. Elle comporte deux facettes :

- La **qualité de la symbolisation des pulsions sexuelles et agressives (HB2.2.2)**. Il s'agit de la transformation, par la pensée, des excitations pulsionnelles en représentations mentales partageables.
- La **qualité de la liaison entre affects et représentations (HB2.2.3)**.

Nous **comparerons** les résultats des **sujets alcooliques chroniques et intermittents** à ces trois dimensions, afin de conclure quant à la **qualité de la mentalisation**.

- HB2.2.1 : Expression pulsionnelle (a,b,c,d)

Selon Rausch de Trautenberg & al. (1990), l'**expression pulsionnelle** se définit comme « *la projection des pulsions tant libidinales qu'agressives, (...) liées ou non, qu'elles soient sous l'emprise des processus primaires ou qu'elles soient modulées par la secondarisation* ».

Elle sera approchée grâce à deux grilles formalisées par Rausch de Trautenberg & al. (1990) :

- **Grille de la Dynamique Affective : Axe de l'expression pulsionnelle.**
- **Grille de la Dynamique Affective : Axe l'agressivité.**

a) L'axe de l'expression pulsionnelle (cf. **Annexe n°I-9, p. 14**)

Dans cette grille, nous distinguerons deux registres :

A) L'expression pulsionnelle objectale.

Elle concerne les contenus animés, entiers ou partiels (H, A, Ad, Hd...).

L'expression pulsionnelle objectale peut être **franche ou neutralisée**.

Dans le cas **d'une expression pulsionnelle franche**, trois cas sont à distinguer :

- La motion pulsionnelle est attribuée à **un seul individu** et s'exprime dans une **réponse dynamique** comportant un verbe d'action (rire, courir, regarder...).

Cette réponse sera cotée **1**.

- L'action est attribuée à **plusieurs individus sans qu'il y ait d'interaction** entre eux.

Cette réponse est cotée **2**.

- **Plusieurs sujets entrent en relation**, échangent... Cette réponse est cotée **3**.

A l'inverse, la motion pulsionnelle est dite « **neutralisée** » dans deux cas :

- **Absence d'action**, posture.
- Lorsque l'expression pulsionnelle dans toutes ces modalités a pour support une **représentation partielle**. Cette rubrique sera cotée « **p** ».

B) L'expression pulsionnelle non objectale.

Elle concerne les contenus inanimés (Obj, Vet...).

Dans le cas d'une **expression pulsionnelle franche**, les éléments inanimés entrent en action sans le concours d'êtres animés.

L'**expression pulsionnelle neutralisée** s'illustre à travers des contenus représentant des **éléments naturels ou fabriqués porteurs de potentialités dynamiques mais non en action**.

b) L'axe de l'expression de l'agressivité (cf. Annexe n°I-10, p. 15)

L'axe de l'agressivité, bien que s'insérant dans la rubrique précédente, a été isolé afin d'observer si l'expression pulsionnelle est infiltrée ou non d'agressivité. Nous distinguerons :

A) L'agressivité objectale :

Elle renvoie aux expressions d'hostilité ou de destructivité exprimées à travers des représentations animées, entières ou partielles qu'il y ait ou non interaction.

Elle est dite « **active** » lorsque le contenu comporte un verbe d'action, ou « **passive** » lorsque l'action agressive est subie.

B) L'agressivité non objectale :

L'agressivité est exprimée à travers des contenus représentant des forces destructrices ou des phénomènes naturels.

Elle est dite « **active** » lorsque la finalité de l'action est destructrice, et « **passive** » lorsque la représentation est le résultat d'une action agressive sur un contenu inanimé.

C) L'agressivité potentielle :

Elle comprend toutes les réponses à symboliques orale, anale, génitale, phallique... agressives dont les mécanismes d'isolation ne permettent pas l'expression franche, et dont la valence ; passive ou active, est impossible à déterminer.

A l'issue de ces cotations, nous calculerons les scores obtenus par les sujets alcooliques chroniques et intermittents, concernant l'expression pulsionnelle objectale et non objectale, franche et neutralisé ; et l'expression de l'agressivité objectale et non objectale, active, passive et potentielle. Nous **comparerons** alors **ces scores**.

Soulignons que pour une meilleure appréhension, nous calculerons la **proportion (pourcentage)** de chacune de ces catégories au regard du total des réponses.

Hypothèses de travail HB2.2.1

HB2.2.1(a) : Au Rorschach, dans la Grille de la Dynamique Affective : Axe de l'Expression Pulsionnelle (Rausch de Trautenberg & al. 1990), nous nous attendons à trouver davantage d'expression pulsionnelle objectale franche chez les sujets alcooliques intermittents.

En d'autres termes, les scores obtenus pour l'expression pulsionnelle objectale franche seront proportionnellement moins élevés (%) dans le groupe de sujets alcooliques chroniques.

HB2.2.1(b) : En revanche, nous nous attendons à trouver davantage d'expression pulsionnelle objectale et non objectale neutralisée chez les sujets alcooliques chroniques.

En d'autres termes, les scores cumulés de ces deux catégories seront proportionnellement plus élevés (%) chez les sujets alcooliques chroniques que chez les sujets alcooliques intermittents.

HB2.2.1(c) : Dans la Grille de la Dynamique Affective : Axe de l'Aggressivité, nous nous attendons à trouver davantage d'expression de l'agressivité (objectale et non objectale) active dans le groupe de sujets alcooliques intermittents.

En d'autres termes, les scores cumulés de ces deux catégories seront proportionnellement plus élevés (%) chez les sujets alcooliques intermittents que chez les sujets alcooliques chroniques.

HB2.2.1(d) : En revanche, l'expression de l'agressivité passive ET l'agressivité potentielle seront plus importantes chez les sujets alcooliques chroniques.

En d'autres termes, les scores d'agressivité passive et potentielle seront proportionnellement plus élevés (%) dans ce groupe que chez les sujets alcooliques intermittents.

- HB2.2.2 : Symbolisation (a & b)

En référence aux travaux de Cassiers (1968), nous étudierons **la réussite ou non de la symbolisation** des pulsions sexuelles (du phallique et du féminin) et agressives. Cet auteur considère deux facteurs pour appréhender le niveau et la qualité des symbolisations :

- **La distance par rapport à la pulsion qui a généré cette représentation.**

Par exemple planche II, en ce qui concerne la symbolisation du féminin, la distance, entre la représentation et la pulsion, est plus grande dans la réponse « un flacon de parfum » (Dbl central) que dans le contenu « utérus » (Le Tout), où la pulsion apparaît à l'état « brut ».

- **La surdétermination pulsionnelle.**

Dans l'exemple précédent « flacon de parfum », il y a non seulement une distance par rapport à la pulsion sexuelle mais aussi et surtout, l'objet représenté est valorisé socialement.

En fonction de ces critères, Cassiers (1968) distingue quatre niveaux de symbolisation des pulsions, auxquels est alloué un coefficient :

- **B (+2) et C (+1)** correspondent aux plus hauts niveaux de symbolisation ;
- **D (-1) et E (-2)** renvoient aux symbolisations les plus défailtantes, aux réponses crues proches de l'expression pulsionnelle brute.

A l'issue de cette cotation, il est possible de déterminer la qualité de la symbolisation à travers le calcul de l'**Indice d'Elaboration Symbolique (IES)** des pulsions sexuelles et agressives :

$$\text{IES} = \frac{\sum \text{pondérée (B + C + D + E)}}{\text{nombre total de symbolisation}}$$

Les symbolisations sont considérées comme réussies lorsque l'IES est **supérieur à 0,5**.

Par ailleurs, De Tychev & al. (2000) recommandent de tenir compte deux autres critères afin de définir le niveau de symbolisation :

- **Le contenu latent, et la découpe perceptive sur laquelle porte la représentation.**

Une symbolisation féminine perçue dans un détail phallique ne peut être estimée comme réussie en raison de l'inversion de la thématique sexuelle.

Les réponses de ce type ne seront donc pas prises en compte pour le calcul des IES.

- **La qualité formelle de la réponse**

Les symbolisations de niveaux B ou C cotées F- ne seront pas considérées comme réussies, et ne seront donc pas comptabilisées dans le calcul des IES.

Par ailleurs, nous porterons une attention particulière aux niveaux de symbolisation des pulsions des planches :

- **IV et VI**, saturées de détails phalliques : les sujets parviennent-ils à intégrer ces détails dans une symbolisation du phallique secondarisée ?

- **VII et IX**, leur structure en creux invitent aux symbolisations du féminin.
- **II et III**, la présence du rouge renvoie au maniement des pulsions agressives.

Au-delà de la symbolisation, le sujet peut présenter trois attitudes face à cette réactivation :

- **Traitement factuel du rouge** sans élaboration de la pulsion agressive ;
- **Evitement du rouge** (répression des pulsions agressives, surtout si elles ne sont pas élaborées à travers d'autres représentations dans le protocole) ;
- **Stupeur totale devant le rouge** (CHOC R).

Ainsi, d'après De Tychey & al. (2000), la catégorie E, qui englobe toutes les réponses crues (sexuelles et/ou agressives), « *ne constitue pas le raté le plus extrêmes car le sujet, dans cette situation, produit tout de même une représentation* ». En conséquence, le véritable « ratage » se situerait au niveau de l'impossibilité à produire une représentation.

Il s'agira donc de coter chacun des **contenus** renvoyant aux **motions pulsionnelles sexuelles et agressives** afin de déterminer le **niveau (B, C, D ou E) de la symbolisation**. Nous nous baserons sur la **liste de Cassiers** (1968), complétée des travaux de Diwo (1997), répertoriant différents exemples de symbolisation selon les niveaux considérés (cf. **Annexe n°I-11, p.16**). Ainsi, nous obtiendrons **deux IES** pour chaque sujet. **Nous comparerons** alors, **l'IES du sexuel et de l'agressivité des sujets alcooliques chroniques et intermittents**.

Hypothèses de travail HB2.2.2

HB2.2.2(a) : En référence aux travaux de Cassiers (1968), nous nous attendons à ce que la symbolisation des pulsions sexuelles (phallique et féminine) soit de meilleure qualité dans le groupe de sujets alcooliques intermittents. L'IES des pulsions sexuelles de ce groupe se rapprochera ou atteindra le score de 0,5 pour la majorité des sujets, et sera supérieur à l'IES des sujets alcooliques chroniques.

HB2.2.2(b) : De la même manière, nous nous attendons à ce que la symbolisation des pulsions agressives soit de meilleure qualité dans le groupe de sujets alcooliques intermittents. L'IES des pulsions agressives approchera ou atteindra le score de 0,5 pour la majorité des sujets alcooliques intermittents, et sera supérieur à l'IES des sujets alcooliques chroniques.

- HB2.2.3 : Liaison affect/représentation (a & b)

Au **Rorschach**, l'aspect chromatique des planches est lourdement inducteur d'affects (C, C', E, Clob). Le **noir** peut, en effet, mobiliser de l'angoisse et des affects dépressifs, les planches pasteltes appellent tout aussi bien au plaisir qu'au déplaisir...

D'après De Tychev & al. (2000), le travail de liaison entre affects et représentations s'exprime « *par la capacité du sujet à recourir à des processus secondaires pour réaliser un compromis entre la réalité interne constituée par l'affect et la réalité externe* ».

Ainsi, selon ces auteurs, la manière dont sont projetés les affects est révélatrice de la qualité du travail de liaison. Quatre cas sont à distinguer :

- **Absence d'affects associés à la représentation** (F, K, kan... seuls) ;
- Affect projeté de manière **crue** : **C' pur, C pur, E pur, Clob pur** ;
- Ils commencent à être élaborés quand ils sont liés à un déterminant formel ou kinesthésique (**CF, C'K, ClobF...**) ;
- Enfin, le **travail de liaison est réussi** lorsque la charge d'affects n'est plus dominante mais contrôlée par un déterminant formel ou kinesthésique en adéquation avec un cadrage perceptif correct (**FC, FC', FE, FClob, KC, KC'...**).

Ainsi, nous **comptabiliserons le nombre** de représentation simple, d'expression crue d'affect, de liaison incomplète et de liaison réussie. Pour une meilleure lisibilité, nous ramènerons ces données au nombre global de réponse (**pourcentage**). Afin d'apprécier la qualité de la liaison entre affect et représentation de chaque groupe, nous **comparerons le nombre de liaisons réussies** (FE, KC...).

Hypothèses de travail HB2.2.3

HB2.2.3(a) : Au Rorschach, la qualité du travail de liaison entre affect et représentation sera problématique dans les deux groupes. En d'autres termes, nous nous attendons à trouver peu de réponses FC, FE, KC...

HB2.2.3(b) : Cependant, la liaison entre affect et représentation sera plus souvent aboutie dans le groupe de sujets alcooliques intermittents.

En d'autres termes, nous nous attendons à retrouver, au Rorschach, davantage de réponses FC, FE... de bonne qualité formelle dans les protocoles des sujets alcooliques intermittents.

HB2.3 : L'efficacité des défenses (a & b)

Rappel de l'hypothèse théorique HB2.3

HB2.3 : L'efficacité des opérations défensives sera problématique dans les deux groupes.

Cependant, les mécanismes de défense seraient utilisés de manière plus efficace par les sujets alcooliques intermittents.

Afin d'appréhender le caractère adaptatif vs défensif des opérations défensives, nous nous référerons aux travaux de De Tychey (1982) à partir du **Rorschach**.

D'après cet auteur, cinq éléments nous permettent d'approcher cette dimension :

- *La thématique des réponses :*

La **crudité des contenus** projetés témoigne de l'**émergence des processus primaires**. Nous retiendrons comme critère **P'IES des pulsions sexuelles et agressives** en tant qu'un faible score témoigne des faillites de la secondarisation.

- *Le mode de verbalisation :*

Les **précautions verbales** peuvent, par exemple, affaiblir la réussite du refoulement.

- *L'adaptation à la réalité externe :*

La **qualité du cadrage formel** appréhendée grâce au **F+% simple et élargi**, semble être un bon indicateur de la capacité du sujet à tenir compte de la réalité externe.

En considérant la qualité du cadrage formel et la thématique, **l'efficacité des opérations défensives** peut se situer **selon un continuum** allant de l'expression de représentations « secondarisées » ayant un bon cadrage formel, à la projection de représentations crues ayant une mauvaise qualité formelle. Ce dernier cas illustre l'échec total des opérations défensives.

- *L'efficacité des défenses sur le plan dynamique :*

L'étude de la **dynamique intra et interplanche** permettra d'interroger la **capacité du Moi à refonctionner sur un mode secondarisé après un choc**, la réactivation d'un conflit...

- *L'évaluation de la tonalité émotionnelle du sujet*

Il nous faudra être attentif aux **affects exprimés** par le sujet à l'égard des représentations qu'il projette (humour, exclamation, expression d'horreur...).

Ces cinq éléments nous permettront donc de **conclure quant à l'efficacité des opérations défensives utilisées par les sujets**. Nous **comparerons** alors **l'efficacité des défenses** mises en place par les sujets alcooliques chroniques et intermittents.

Hypothèses de travail HB2.3

HB2.3(a) : L'efficacité des opérations défensives devrait être problématique pour les deux groupes de sujets (émergence des processus primaires, mauvais cadrage formel...).

HB2.3(b) : Cependant, au Rorschach, les opérations défensives des sujets alcooliques intermittents devraient se révéler plus efficaces que celles des sujets alcooliques chroniques (meilleur cadrage formel, efficacité des défenses sur le plan dynamique...).

5. TRAITEMENT DES DONNEES

Rappelons que l'objectif de cette étude est de découvrir si les conduites alcooliques contrastées, chroniques et intermittentes, masquent également des différences au niveau de la réalité externe perçue et/ou de la réalité intrapsychique.

Ce travail de recherche s'inscrit donc dans une perspective comparative, comparaison de deux types d'alcoolisme (chronique et intermittent), et appréhension de deux réalités.

Par ailleurs, étant donné le nombre limité de sujets, il se situe parmi les **recherches qualitatives comparatives de palettes de cas contrastés à visée exploratoire**.

5.1. Etude comparative de palettes de cas.

5.1.1. Intérêt de la méthode comparative :

La méthode comparative s'est imposée de par notre questionnement : nous nous demandons, en effet, si, dans l'alcoolodépendance, les modalités de consommation, chronique et intermittente, relèvent d'une même unité psychopathologique (différence uniquement sur le plan comportemental), ou si elles masquent des nuances plus profondes.

Le moyen le plus pertinent pour vérifier cette hypothèse est donc de **comparer des sujets alcooliques chroniques et intermittents** selon différentes variables.

La méthode comparative présente l'avantage de dégager les caractéristiques générales d'une problématique, les facteurs influant sur les processus... Ainsi, d'après Perron (1995), cette démarche « *est centrée sur la recherche du semblable et du différent* ».

Dans cette étude, **le semblable** se traduit par un trouble commun : la dépendance à l'alcool. De ce fait, les sujets des deux groupes partageront certaines caractéristiques.

A l'inverse, **le différent** est ici directement observable dans l'opposition des conduites de consommation, dont nous supposons qu'elle découle de spécificités.

D'ailleurs, le danger de cette méthode est de s'axer uniquement sur le différent, en omettant le semblable. Or, comme le recommande Perron (1995), il ne doit pas être négligé, en effet, « *les ressemblances fonctionnelles sont parfois plus intéressantes que les différences* ».

5.1.2. Intérêt d'une étude de palettes de cas contrastés dans une approche intégrative de données quantitatives et qualitatives à visée exploratoire :

L'étude de cas se définit comme l'« *observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu* » (Chahraoui & Bénony, 2003).

Le choix de la méthode des cas a été motivé par des contraintes méthodologiques et pratiques, de terrain qui nous ont conduits à limiter le nombre de participants.

De plus, en raison de nos objectifs (étude intégrative de deux réalités), notre protocole de recherche est « lourd » (multiplication des outils et donc des rencontres). Ainsi, la mise en application de cette procédure nous a confrontés à certains écueils : les personnes alcooliques ont des difficultés à maintenir des investissements à long terme (« oubli », abandon...) ; les sujets alcooliques intermittents se rencontrent moins fréquemment dans les centres de soins.

Par ailleurs, ce travail s'inscrit dans une démarche exploratoire.

Bien que de nombreuses divergences entre ces deux conduites alcooliques apparaissent en filigrane dans la littérature, à notre connaissance, aucune recherche comparative et intégrative de ce type n'a été entreprise. Par conséquent, nous « explorons », dans cette étude, des variables dont nous supposons qu'elles autorisent des rapprochements et/ou sont potentiellement porteuses de différences entre alcoolismes chronique et intermittent.

En ce sens, l'étude de cas est congruente, car ses objectifs ne sont pas tant de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des questionnements : elle est, par essence, exploratoire...

Or, cette qualité signe également sa limite : les résultats obtenus ne sont pas généralisables. Ils s'inscrivent « *dans la découverte, la surprise, voire le paradoxe.* » (Widlöcher, 1995). L'étude de palettes de cas représente donc une étape préliminaire.

Elle permettra d'identifier les variables à développer dans une perspective de vérification, aboutissant à la généralisation. « *C'est le propre du cas clinique que d'être à la fois unique et source de savoir général* » (Humery, 1995).

Enfin, l'étude d'une palette de cas offre la possibilité de faire interagir méthodes quantitatives (résultats des tests) et qualitatives (données d'anamnèse, entretiens...).

Chacune de ces approches comportent des avantages (standardisation/intérêt pour la subjectivité...) et des inconvénients (réductionnisme, éloignement de la réalité clinique/danger de l'introspection, absence de généralisation...). Ces deux démarches apparaissent donc complémentaires, elles pallient leurs limites respectives : introduire des données objectives, objectivables permet de se soustraire au risque du tout subjectif ; à l'inverse ne pas se contenter de ce type de résultat invite à accorder une valeur à la réalité du sujet...

Dans ce travail nous retrouverons :

- Des **analyses quantitatives** à travers :
 - La **quantification du nombre de causes** (externes/internes) avancées pour expliquer les alcoolisations (HA1.1), et **d'attentes** vis-à-vis de l'alcool (HB1.2), exprimées par les sujets alcooliques ;
 - Les résultats obtenus au Brief Cope (HA2.1), à l'IPC et à l'ARS (HA2.2) ;
 - La **quantification du nombre d'événements de vie** (HA3.1), **d'informations chronologiques** recueillies (HA3.2), du **nombre d'événements de vie ayant un impact négatif** et dont il est impossible de déterminer l'impact (HA3.3), de **liens effectués entre événements de vie et alcoolisations** (HA.4) ;
 - La **standardisation du Rorschach** (psychogramme (cf. **Annexe I-12, p. 20**), « livret de cotation » de Beizman, 1966 ; Grilles...) et du **TAT** (repérage des Procédés d'Elaboration du Discours).

Il convient d'ores et déjà de souligner que ces données quantitatives auront une portée limitée. La taille réduite de notre échantillon ne nous permet pas de réaliser d'analyses statistiques. Nous dégagerons donc des tendances, qui demanderont à être vérifiées.

- Des **analyses qualitatives**, à travers :
 - La **nature** des causes avancées pour expliquer les alcoolisations et des attentes vis-à-vis de l'alcool.
 - La **nature** des événements de vie ayant un impact négatif, et des événements (causes ou conséquences) des alcoolisations.
 - L'**analyse qualitative** des productions du sujet au Rorschach permettra d'affiner les résultats, notamment grâce à **l'introduction des données issues de la passation analytique**.

5.2. La méthodologie des convergences.

En psychologie, il n'existe pas une théorie unifiée de la personne. En tant que science appliquée, l'intérêt de la clinique est d'offrir la possibilité de faire interagir des outils variés appartenant à différentes orientations théoriques, qui, dès lors, apparaissent complémentaires. A ce propos, nous partageons les vues de Chabert (1995), lorsqu'elle souligne que « *l'étude du fonctionnement psychologique devient davantage pertinente si elle s'étaye sur des données cliniques plurielles, (...) des procédures différentes (...): confrontation de données anamnésiques, des entretiens, des épreuves cognitives, des épreuves projectives...* »

En ce sens, la méthodologie des convergences concourt à cet objectif, en invitant à l'interaction, la liaison entre diverses méthodes issues de courants parfois opposés. Les

« lacunes », les vides interprétatifs des uns peuvent être comblés par les avancées des autres. Elle implique de dépasser les clivages, souvent illusoire, entre domaines, et surtout entre méthodes quantitative et qualitative. Ainsi, elle procède à l'intégration d'approches fondamentalement complémentaires, car constitutives de l'unité de la personne.

Par ailleurs, la méthodologie des convergences offre une certaine « sécurité » face au risque d'interprétation sauvage ; danger majoré en psychologie clinique où la subjectivité est partie intégrante de la relation « sujet/chercheur ». Confronter des informations variées permet de pallier ce biais, et relativiser les résultats obtenus. Elle pousse donc à un questionnement constant quant à la pertinence même des théories et leurs articulations entre elles.

Dans cette étude, la méthodologie des convergences s'est imposée d'elle même. En effet, la comparaison de deux types d'alcoolodépendance dans une approche intégrative de deux réalités implique la prise en compte de plusieurs points de vue, comme en témoigne la diversité des cadres de référence présentés. Cette liaison est à l'image de la prise en charge pluridisciplinaire proposée aux personnes alcooliques, et répond à une logique d'ensemble où réalité externe et interne interagissent pour modeler ce « Tout » qu'est le sujet. Ces remarques nous conduisent à avancer des **convergences possibles sur le plan théorique**, et plus **généralement entre réalité externe et interne**.

A cette variété théorique répond une diversité méthodologique : méthodes quantitatives ET qualitatives ; outils sondant la sphère consciente ET préconsciente du sujet ; échelles évaluant les stratégies cognitives ET projectifs analysant l'organisation et le fonctionnement psychique. Ces outils, loin de s'exclure mutuellement, peuvent faire l'objet de plusieurs convergences :

- Les **résultats de l'IPC et l'ARS**.
- Les **données recueillies au TAT et au Rorschach**, en ce qui concerne la **relation d'objet et les mécanismes de défense**.