

Du côté de la clinique alcoolologique

Aujourd'hui, la bio-psychogénèse a le vent en poupe et l'intégration de l'alcoolisme dans « l'addictologie » en présente une figure actuelle, avec le risque qu'au passage s'y dissolvent les spécificités de l'alcoolodépendance, et tout particulièrement celles de l'alcoolologie clinique.



Gérard Ostermann
Professeur de thérapeutique, Médecine interne, Psychothérapie. Président du Collège régional des alcoolologues aquitains, Bordeaux.



Alain Rigaud
Psychiatre des hôpitaux, addictologue, chef de service Intersecteur d'alcoolologie, EPSM Marne, Président de l'Association de prévention de l'alcoolisme.

L'emploi du terme « respect » n'était pas pour Gérard Vachonfrance, dans sa clinique, qu'une formule polie. Pour l'explicitier, il avait rédigé une liste de recommandations : « Le patient est libre, le thérapeute est libre, pas de jugement, pas de menace, accepter toutes les facettes de sa personnalité, ne pas donner d'étiquette, être authentique, être digne de confiance, être empathique. »

L'alcoolologie

Si les travaux de neurobiologie et d'imagerie médicale permettent actuellement d'avancer considérablement dans la compréhension des mécanismes biologiques de la dépendance, si les apports de la génétique nous rappellent d'un côté combien nous ne sommes pas égaux devant les substances psychoactives et le risque de dépendance, mais aussi de l'autre que le seuil de vulnérabilité s'exprime en fonction de l'environnement et que les gènes ne font pas le destin. Il reste que cet important progrès des connaissances est loin d'avoir résolu les problèmes et difficultés que nous rencontrons au quotidien dans notre pratique thérapeutique et qui continuent de justifier notre intérêt pour « *La clinique alcoolologique aujourd'hui, du côté du soignant* ».

Bien plus que tout autre chapitre de la médecine mais autant que la psychiatrie dont elle est la fille adultérine¹, l'alcoolologie s'appuie sur une approche pluridisciplinaire biopsychosociale. C'est notre *alpha et oméga* en matière de pratique clinique. La « tentation » persiste néanmoins de privilégier, en fonction des représentations et des croyances, soit une culturo-sociogénèse, soit une biogénèse, soit une psychogénèse de l'alcoolisme, avec le risque d'approches cliniques réductrices comme avec cette DSMologie qui appréhende l'al-

coolisme sous la forme de la dépendance comprise comme un trouble mental et du comportement et le ravale dans le même temps au rang de symptôme au sein d'un double diagnostic (d'un trouble anxieux ou de l'humeur, par exemple). Aujourd'hui, la bio-psychogénèse a le vent en poupe et l'intégration de l'alcoolisme dans « l'addictologie » en présente une figure actuelle, avec le risque qu'au passage s'y dissolvent les spécificités de l'alcoolodépendance, et tout particulièrement celles de l'alcoolologie clinique pour laquelle Jean Rainaut proposait le terme d'« alcoolismologie² ».

Une approche clinique globale

Mais nommer « alcoolique » celui que nous rencontrons et qui nous présente sa souffrance, c'est n'avoir encore rien dit, sauf à laisser entendre le pire. C'est exiger de reconnaître en lui un patient, et de le connaître dans toutes les dimensions les plus immédiates et les plus incontournables pour une approche clinique globale :

- dimension psychiatrique de sa conduite : Quel est son comportement de consommation (abus) ? Dépendance ? Existe-t-il une comorbidité psychiatrique (dépression, trouble anxieux, etc.) primaire ou secondaire par répercussion de sa consommation d'alcool sur son équilibre ?
- dimension somatique : Quelles sont les répercussions de sa consommation d'alcool sur sa santé et ses organes ?
- dimension cognitive : Est-il dans le déni de la dépendance ? L'apsychognosie³ l'empêche-t-elle d'en prendre conscience ?
- dimension motivationnelle : À quel stade du processus de changement le patient se trouve-t-il lorsqu'il se présente ? Cette dimension doit rester fondée sur une

1 - Fouquet, P., (mai 1983) « Le concept d'alcoolologie », *La Vie Médicale*, n° 13, 579-584.

2 - Néologisme forgé par J. Rainaut pour nommer la discipline qui se proposerait d'étudier les problèmes relatifs à l'alcoolisme quand l'alcoolologie, selon la définition de P. Fouquet, est plutôt « la discipline consacrée à tout ce qui a trait [...] à l'alcool... ». In Rainaut, J. et Taleghani, R., (1981) « Mythologie de l'alcoolisation », *Ann. Méd.-Psychol.*, n° 139, 5, 529-544.

3 - État psychopathologique lié à une surconsommation régulière d'alcool, présentant au premier plan une perte d'introspection et une diminution notable de la qualité des relations sociales, associées à des troubles de la mémoire et de la vigilance.

>>>



cycles pharmacothymiques⁵ inhérents à la répétition des alcoolisations. Ce registre de l'humeur apparaît bien vite comme devant être lui-même éclairé par la prise en compte des phénomènes de l'attachement⁶ sur l'axe psychogénétique du développement individuel pour ouvrir une lecture psychodynamique des spécificités de la « nature humaine » et de ses destins singuliers.

Pour autant, la palette des enjeux relationnels des dépendants alcoologiques ne saurait se réduire au socle de l'attachement et de ses versions individuelles. Une autre des particularités de la clinique en alcoologie est en effet d'être intimement « sociale », interhumaine et intersubjective, dans ce sens où le sujet présente la question de son rapport tout à la fois à l'autre, à l'entourage et au monde, et mobilise souvent plusieurs acteurs et compétences impliquant la pluridisciplinarité et appelant au travail en réseau et/ou en institution.

Dans ce même mouvement, couples, familles et entourage sont impliqués, tandis que les alcoologiques réinventent eux-mêmes les modèles d'entraide (groupes AA, communautés thérapeutiques originelles, etc.). Il est frappant d'observer que les malades alcoologiques, qui n'ont pas attendu les médecins pour les guérir et se guérir, recherchent dans les groupes qu'ils forment un système de valeurs : une fraternité idéale, solidaire et bienfaitrice susceptible de les arracher à l'alcool, ce complice et tenant-lieu d'une image maternelle apparaissant aussi idéalisée que destructrice. Rappelons l'expression de Gérard Vachonfrance « l'imaginaire maternel est dans le verre » et celle d'Alain Rigaud sur le père à l'en-verre⁷.

Ces deux aspects – attachement et lien social – sont évidemment liés, le second remettant en jeu le premier. Les troubles de l'humeur émergent, en effet, en lien avec les ratages de la construction d'une « sécurité de base », qui s'opère par le jeu des relations précoces avec l'entourage de la première enfance comme base du processus de séparation individuation, jeu de la dialectique entre le cramponnement et la recherche, ce que John Bowlby décrit comme la balance entre sécurité et exploration.

Ce registre de l'existence est souvent exprimé en termes de métaphores musicales : il s'agit de s'accorder ou d'être en accord avec l'ambiance, et cela fait penser à cette formule de Jacques Schotte : « L'homme trouve sa base en sa mère, son fondement en son père et son origine en lui-même ». Dans cette perspective, les Troubles de la base s'expriment par les troubles de l'humeur, les troubles du fondement, liés à la fonction paternelle conduisent aux névroses et perversions, et les troubles du côté de l'origine constituaient pour Schotte la définition de la schizophrénie et du champ des psychoses.

La fonction maternelle comprend tout ce qui a à voir avec la constitution de la base, et donc avec ce rapport au contact et à l'ambiance, repris par Daniel Stern notamment dans ses travaux sur les interactions précoces avec ce terme d'accordage. Cela permet de penser, à côté du triptyque névrose-psychose-perversion,

écoute clinique singulière si l'on ne veut pas voir les entretiens motivationnels s'ériger en coaching d'une accablante directivité ou le travail de mise en forme de la demande se réduire à l'enregistrement d'une acceptation passive de soins devenus nécessaires ;

- dimension de la crise : Pourquoi le patient consulte-t-il maintenant ? Quel déséquilibre est-il advenu dans son système familial, professionnel ou social ou encore dans son organisme qui pourrait donner l'occasion de constituer un levier pour une entrée en traitement ?

- dimension du parcours de vie : Quelle est son histoire familiale et personnelle ? Quels sont les événements de vie et traumatismes responsables ?

- dimension des ressources : Quels sont les atouts sur lesquels le projet thérapeutique et l'accompagnement pourront s'appuyer (finances, logement, activité, entourage, raisons de vivre et désir d'aller mieux, etc.) ?

Attachement et lien social

En deçà de ces dimensions concrètes à considérer en premier lieu, la pratique clinique en alcoologie nous conduit bien vite à considérer le registre de l'humeur, non pas sur le plan médical et strictement défini de la catégorie nosographique des troubles de l'humeur du DSM mais dans le sens plus large et phénoménologique de la dysphorie⁴ induite d'abord par les failles narcissique et l'insuffisante estime de soi, puis par les

4 - Abraham, K., (1916/1966) « Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido », *Œuvres complètes*, T. 2, Paris : Payot, p. 255-298.

Abraham, K., (1924/1966) « Les états maniaco-dépressifs et les étapes prégénitales de la libido », *op. cit.*

Rigaud, A., (1989) « L'alcoologique entre la dysphorie et la dépression », *Psychologie Médicale*, 21, 11, 1639-1642.

5 - Rado, S., (1975) « La psychanalyse des pharmacothymies », *Revue Fr. Psychanalyse*, 4, 603-618.

6 - Le Claire, Y., (2011) « Le patient addictif. Des troubles de l'attachement à la mise en place de l'estime de soi ». *Alcoologie et Addictologie*. 33 (2), 135-142.

7 - Rigaud, A., (1987) « La mère à boire et le père à l'en-verre », *Le désir alcoologique*, *Revue Méd. Psychosomatique*, 28, n° spécial 11/12, 73-103 et 103-128.

le registre des troubles du contact qui serait synonyme des troubles de l'humeur et très important dans le champ des addictions en général.

La question de l'humeur est très liée à celle du rythme dans l'existence : pouvoir se lever le matin, vivre sa journée, se coucher le soir. Nous savons qu'un des premiers signes des troubles de l'humeur sont ces désorganisations des rythmes de l'existence, et ce registre renvoie justement à ce qui dans toutes les premières expériences de la vie est lié au fait que la fonction maternelle soit en mesure d'apporter un apaisement quand c'est nécessaire.

La fonction maternelle est ce rôle qui conduit la mère ou son substitut à pouvoir s'accorder avec le rythme de l'enfant et puis à pouvoir accorder ensuite l'enfant avec le rythme du monde, c'est-à-dire le rythme du social.

C'est l'attachement heureux qui crée du détachement en produisant la sécurité de base qui le permet et avec lui la capacité à être seul. C'est parce qu'il ne se sent pas seul que l'enfant peut s'enhardir et s'éloigner du corps de sa mère. Les relations d'attachement les plus « insécures » sont aussi celles qui produisent les attachements les plus fortement aliénants. Nous savons et l'observons aujourd'hui : la relation addictive nécessite un objet présent, stable, fidèle et prévisible, c'est-à-dire l'inverse de l'imaginaire parental dans certains cas.

L'attachement n'est pas seulement un phénomène relationnel mais c'est aussi une expérience précoce qui s'intériorise et nous accompagne ensuite tout au long de notre existence. Les sujets addicts y sont très sensibles – boire, c'est aussi chercher/créer une ambiance pour y être porté, d'où l'importance de l'environnement et des ambiances institutionnelles que les soignants leur proposent, et ce au quotidien. La relation avec l'intervenant, et/ou l'équipe, et/ou le cadre a une fonction d'étalement qui permet, comme la valeur prothétique de la béquille, de faire son chemin, et qui donne la force de vivre et la confiance en soi et dans la vie lorsqu'elle pourvoit suffisamment de sécurité.

L'investissement de la relation en termes de transfert répond à ce que cette relation vient apporter comme soutien et comme ouverture à partir de cette assurance. Je pense à l'accueil et à l'espace thérapeutique. Rappelons ce qu'écrit de façon provocante Gregory Bateson à la fin du premier volume de *L'écologie de l'esprit* : « Le psychisme n'existe pas », pour nous dire que la pensée existe si elle est liée au corps et que ce corps est lui-même lié à l'environnement.

L'envers du décor

Il n'est donc pas très étonnant que ces « ratages » de l'individuation nous conduisent à un champ

clinique où le lien social et la dimension groupale sont omniprésents, où cette omniprésence exprime son envers : une constitution du soi insuffisante, un moi incertain aux limites floues, un registre du désir insuffisamment désintriqué de celui du besoin, et par voie de conséquence des difficultés et des déceptions, voire des conflits avec la réalité et les autres. Ce champ se distingue de celui de la clinique des névroses sur le divan où le lien social et la dimension groupale peuvent et doivent rester à l'arrière-plan pour faire place à l'objet de la clinique psychanalytique : le désir inconscient et ses figurations – le fantasme et les autres formations de l'inconscient – en tant qu'il entre en conflit intrapsychique avec les instances moiïque et surmoiïque. La clinique des addicts nous montre qu'ils sont à la peine face à la réalité et que cette confrontation (ré-)active une angoisse d'effondrement-anéantissement et ordonne une souffrance d'ordre moiïque.

Le recours et la prise d'alcool se présentent comme un remède d'autant plus puissant qu'à la visée euphorique antidépressive s'ajoute l'action magique et immédiate de l'ivresse qui pourvoit au plan narcissique des sentiments de toute-puissance infantile en transformant la citrouille du petit moi insuffisant et insécure devant la dure réalité en carrosse du moi idéal, processus qui restitue ce vécu psychique d'indépendance identifié par Donald W. Winnicott chez le nouveau-né alors qu'il se trouve dans un état de dépendance aussi absolu et réel qu'ignorée, et qui est à la source au plan narcissique des sentiments de toute-puissance infantile.

À partir de la perspective développementale qui ordonne la psychanalyse anglo-saxonne et sa théorisation des troubles de l'attachement dans le cadre des troubles du développement, l'on peut se représenter que les patients dépendants ont pu accéder à la position dépressive et construire un moi, échappant ainsi à la catastrophe psychotique sinon à toutes ses angoisses, mais sans pouvoir pour autant forger une organisation névrotique et s'y inscrire. Cet entre-deux-structures est à l'origine du concept d'état-limite ou état borderline pour lequel Jean-Richard Freymann, à propos de l'anorexie mentale, a proposé le néologisme de l'*a-structure*. Autrement dit, il y a des structures psychiques qui se caractérisent par le fait de ne pas être organisées.

Tous les travaux menés depuis une vingtaine d'années autour du concept d'addiction et du champ de l'addictologie, notamment grâce aux travaux de Philippe Jeammet et ses collaborateurs accréditent la thèse que la vulnérabilité addictive et les Troubles addictifs résultent, pour la part psychogénétique de leur pathogénie, des vicissitudes et traumatismes advenus au cours des processus mis en jeu au long de l'étape de séparation-individuation. C'est là, du côté de

>>>

15 novembre 2012 – Bordeaux (33)

Traumatismes et ruptures en addictologie

Organisé par le CRAA



Depuis 2000, le Collège Régional des Alcoologues Aquitains réunit des acteurs du soin et du soutien, pour organiser et promouvoir l'information et la formation en alcoologie. Il est relié à la Société Française d'Alcoologie, dont il constitue le Groupe Régional du Sud-Ouest. Il organise des rencontres qui rassemblent les intervenants professionnels, groupes ou structures concernés par l'information et la formation en alcoologie.

Intervenants

Gérard Ostermann, Ansgar Rougemont-Bücking, Myriam Cassen, Jacques Roques, Julien Betzeze, Pierre-Marie Lincheneau

Renseignements et inscriptions

Agnès Meyer
Secrétariat CRAA
40 rue Saint Julien
33112 Saint Laurent Médoc
05 47 83 90 50
06 73 00 07 74
craa@sfr.fr
<http://craa.info/>



32,00€

P3-37

Accompagner ou contraindre

Alain Rigaud
Michel Hautefeuille (dir.)
De Boeck
Coll. « Psychotropes »

2006 – 108 p.

L'alternative « soigner ou punir » les sujets s'adonnant à des conduites addictives ne se pose plus aujourd'hui que dans le cadre de l'injonction thérapeutique judiciaire prévue par la loi du 31 décembre 1970, loi dont chacun sait qu'elle doit être réformée en raison de l'impossibilité de l'appliquer à la majorité des consommateurs de cannabis.



22,40€

P4-37

Pour une nouvelle clinique de l'alcoolisme La Part alcoolique du Soi

Michèle Monjauze
In Press
Coll. « Explorations psychanalytiques »

2011 – 206 p.

L'alcoolisme apparaît comme une modalité psychotique à la singularité surprenante, une « psychose associative » essentiellement paradoxale. Faisant l'hypothèse des traumatismes précoces comme origine de toutes les addictions, l'auteur définit en termes psychanalytiques l'objet toxicomane en général et l'objet alcool dans sa spécificité. Cette analyse approfondie du fonctionnement alcoolique a des répercussions importantes sur les choix thérapeutiques.

l'attachement, que va se jouer la construction du narcissisme et du soi, du sentiment d'existence et de l'identité, de l'estime de soi et de l'humeur, et partant de l'insécurité psychique et des troubles de l'humeur.

L'on peut ensuite aborder avec Margaret Little⁸ des questions plus précises, par exemple autour du choix de l'addiction : en quoi ces vicissitudes et traumatismes de la première enfance ont-ils été différents pour un futur alcoolique, pour un futur toxicomane et pour un flambeur ? En s'appuyant sur cette perspective développementale et ses perturbations, et en référence au triptyque freudien névrose-psychose-perversion, on peut et on doit aujourd'hui affirmer que les alcoolodépendants ne sont pas des sujets (banalement) névrosés ni non plus des sujets fous, avec ce rapport à la réalité dont la perturbation signe le champ de la psychose. Ce ne sont pas non plus des pervers au sens où parler de perversion fait référence à la perversion sexuelle au stade génital.

Pour autant que la référence à ce triptyque reste incontournable, soit il est compris de manière intangible et il nous faut concevoir comment l'addiction marque le ratage de la structure et assure une méthode de protection, soit l'on si réfère de manière plus souple en considérant que la condition humaine est d'une telle complexité et que la singularité humaine est d'une telle diversité qu'il est impossible de classer l'organisation psychique de tous les hommes dans les trois cases du triptyque et qu'il y a nécessairement des états intermédiaires jusqu'à poser alors la question des états limites.

Pourquoi alors ne pas donner sa portée au néologisme de Freyermann et entendre avec l'astuce, quelque chose qui est de l'ordre de la jachère : le champ a déjà été cultivé, a connu un début de développement mais reste en jachère et les mauvaises herbes poussent jusqu'à ce qu'il soit à nouveau labourer et réensemencer. Si ce n'est cette métaphore que M. Little a filée, c'est bien ce processus qu'elle a identifié en apercevant que c'est sur le terrain même des processus développementaux et de leur perturbation que se trouve la possibilité d'intervenir pour y remédier en relançant le développement dans des conditions plus saines : « L'alcoolique revit, chaque fois qu'il s'enivre, les événements qui ont réellement eu lieu dans le passé : c'est en ce sens que sa vie est anachronique. C'est seulement quand il est capable de revivre ces événements dans un cadre nouveau, dans une relation à un thérapeute qui n'est pas impliqué dans les événements en question, et sur lequel il peut transférer des sentiments qui appartenaient à l'origine à des personnes fai-

sant partie de l'environnement de son enfance – un être humain, en conséquence, à l'égard de qui il peut sans risque laisser se développer une dépendance – qu'il peut y avoir quelque espoir de rompre le cercle vicieux, de trouver de nouvelles possibilités de croissance et de développement. »

On peut alors penser que le traitement qu'il faut proposer aux alcooliques dépendants, ce n'est pas seulement celui de leur pharmacodépendance aussi indispensable soit-il, mais c'est surtout et ensuite le traitement de leurs troubles de l'attachement dans leurs liens avec la confrontation du « moi-citrouille » à la dure réalité et à la problématique de l'humeur en les remettant en jeu dans un environnement soignant – au sens du prendre soin – propre à accueillir ces transferts pour favoriser une reprise-remédiation du développement⁹. Cet environnement soignant propre à accueillir et supporter ces transferts – au sens de revivre des événements qui ont réellement eu lieu dans le passé au présent dans un cadre nouveau – constitue cette aire transitionnelle que l'on doit qualifier comme le champ de l'accompagnement et de ses objectifs, ce qui a toute une série d'implications très pratiques qui correspondent aux paramètres de cette clinique-là. Cette clinique-là, car il n'y a pas une clinique mais des cliniques.

Qu'est-ce que la clinique ?

C'est une démarche ; une méthodologie ; une production discursive. La question n'est pas à notre avis celle de LA Clinique – comme l'on entend souvent dire aujourd'hui ceux qui entendent déplorer sa perte – , d'abord parce que ce LA idéalise la clinique comme un impératif – comme on dit *LA Vérité*, *LA responsabilité* – idéalisation d'une pratique dont le meilleur se situe du côté de la relation soignant-soigné et dont le pire se trouve dans l'empirisme et la suggestion à l'égard de sujets enclins par leur disposition à la dépendance à s'abandonner à l'autre qu'il instaure comme guide d'existence voire directeur de conscience assuré d'un retour narcissique sur son investissement – jusqu'à l'échappée dans l'ivresse s'il faut échapper à son emprise. Ensuite parce que ce serait accrédi-ter une unité désirée et totalisante de la clinique, signe d'un désir de toute-puissance du clinicien. Une part du problème actuel de l'appel à « LA » clinique tient ainsi à des revendications professionnelles, qui doivent pour une large part aux exigences actuelles de rendre compte par l'évaluation externe du mode opératoire et de l'efficacité des pratiques, et dont certaines supportent également des revendications d'identité professionnelle,

voire d'identité singulière pour certains praticiens qui, au nom de l'adhésion à une théorie, appliquent leur démarche clinique sur des champs dont elles ne relèvent pas et inversement.

Mais il n'y a pas UNE clinique, il y en a plusieurs cliniques : médicale, psychologique, phénoménologique, psychanalytique, cognitive, psycho-sociale, sociologique, etc. Autant de cliniques qui renvoient à autant de cadres et de pratiques pour la soutenir, c'est-à-dire pour accueillir et porter quelque chose de l'humain, cette part d'impossible à assumer au cœur de l'humaine condition, et que chaque sujet va adresser dans chacun de ces registres avec la question : quel est l'objet de chacun de ces registres ? En quoi tel registre et ce cadre sont-ils aptes à accueillir et répondre aux différents besoins et demandes de l'individu sujet, comment il s'y manifeste, comment il y est *a priori* reçu, vu et entendu, avec quel reste qui échappe au cadre, et par la même comment répondre dans l'interdisciplinarité sans être totalisant-totalitaire dans une représentation mono-disciplinaire et uni-causal du problème ? Comment assurer la coexistence des cliniques-démarches et des cliniques-discours ainsi que le dialogue/confrontation entre les différentes cliniques dans l'identification-respect des pertinences et limites de leur champ respectif ?

- Quelle clinique ? Toute clinique donne lieu à une sémiologie et des catégories (nosographie pour la médecine) reflet d'une théorie explicative sur laquelle elle se fonde pour constituer son cadre et sa démarche : médicale, psychologique (TCC), psychanalytique (anglo-saxonne, lacanienne ou jungienne) ;

- Quelle pratique clinique ? Qu'est-ce qui relève chez le patient du champ médical ? de l'approche psychologique ? de l'approche psychanalytique ? familiale ? psychosociale ? sociale ? etc ;

- Quel est le regard ou l'écoute qui ordonne cette clinique et que cherchent-ils à saisir chez celui qui s'adresse au clinicien ?

- Quels problèmes en pratique clinique ? Ce qui nous intéresse aujourd'hui relève davantage de la pratique clinique et les ateliers sont là pour présenter des situations concrètes, observer en pratique et poser les problèmes cliniques ;

- Comment articule-t-on les différentes cliniques ou plutôt les différentes pratiques cliniques avec les différentes situations cliniques ?

- Quelles sont les lectures cliniques que l'on peut faire ?

- Quelles sont les démarches cliniques qui s'avèrent les plus opérantes ?

Clinique et pratique clinique

Nous voudrions nous arrêter un instant sur l'équivoque jusqu'à la confusion qui existe entre les notions de clinique et de pratique clinique : il y a par exemple la clinique médicale, telle que définie par Michel Foucault – méthode qui produit le discours sur la maladie et énonce la nosographie –, et la pratique clinique du médecin qui l'engage au-delà du diagnostic – acte clinique et de maîtrise s'il en est¹⁰ – dans la thérapeutique, qui est à distinguer de la clinique et de la construction discursive du savoir qui la sous-tend.

Cette confusion tient peut-être justement au fait que, dans sa généalogie même, comme l'a démontré Foucault pour la clinique médicale, la clinique associe le savoir, le malade et l'institution. Et ce point est >>>

Mais il n'y a pas UNE clinique, il y en a plusieurs cliniques : médicale, psychologique, phénoménologique, psychanalytique, cognitive, psycho-sociale, sociologique, etc.



8 - Little, M., (1981/1992) *Des états-limites L'alliance thérapeutique [transference psychosis: toward basic unity-1981]*, Paris : L'espace des femmes Antoinette Fouque, 305-320.

9 - Rigaud, A., (2001) La psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, Rapport d'expert (Question 1 : quels sont les acteurs et les moyens de l'accompagnement) à la 2e conférence de consensus de la SFA : Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage, Paris, Cité des Sciences et de l'Industrie, 7 & 8 mars 2001. In *Alcoologie et Addictologie*, 23 (2) : 142-156.

10 - Clavreul, J., (1978) *L'Ordre médical*. Paris : Seuil, coll. « Le Champ freudien ».

>>> Du côté de la clinique alcoolologique

important à relever car les fondements et le cadre d'une clinique sont aussi conjoncturels, institutionnels et politiques, et il nous faut regarder aussi l'institution sans perdre de vue qu'elle est issue du sociétal politico-économique. Du coup, quand la conjoncture change, son savoir, son cadre et les pratiques qu'ils ordonnent se modifient ou même se perdent. L'ouvrage de Jean Clavreul est tout à fait éclairant sur ce point en nous



soi ? On dit le soi et son vécu pour en faire advenir le Je qui est la vérité du sujet réalisée dans sa réponse. La médecine voudrait que tout soit possible jusqu'à nier la mort. La psychanalyse mise sur l'impossible pour ouvrir à nouveau le champ des possibles et par là même soutient la promesse que tout est possible, ce dont l'analysant aura à se dépandre (désillusion) et qui sera souvent difficile sinon impossible pour l'addict sauf à retrouver immédiatement le néant du monde (« Parce que la peur est déjà là, et que ce n'est pas nouveau. [...] Une peur morbide, qui se manifeste trop. Alors : médecin. Je vais chez le psychiatre cette semaine, rien que pour faire sa connaissance, pour m'assurer qu'il est là. Et chose ironique, je me rends compte que j'ai besoin de lui. J'ai besoin d'un père. J'ai besoin d'une mère. J'ai besoin d'un être plus âgé, plus sage, auprès de qui pleurer. Je parle à Dieu, mais le ciel est vide...¹² »).

Si clinique psychanalytique et clinique médicale se distinguent par leur objet respectif, elles sont semblables en tant que démarche. L'art du clinicien médecin tient à son coup d'œil, celui du clinicien psychanalyste à son coup d'oreille qui va saisir le signifiant émergent de son écoute flottante. Le coup d'œil/coup d'oreille permet de se détacher des apparences visibles/des significations du discours, et de se détacher de ce qui est déjà connu pour mieux distinguer le nouveau, l'in-su.

Toute théorie devrait ainsi se taire ou s'évanouir au lit du patient pour laisser le praticien saisir avec son regard/son écoute l'inconnu ou le nouveau, tout en s'appuyant sur ce qui est déjà connu et reconnu. On mesure à quel point la théorie du coup d'œil introduit une logique du particulier qui va à l'encontre et mesure l'écart vis-à-vis des universaux régis par les tableaux cliniques, supposés faire coïncider le visible et l'énonçable. Peut-être est-ce cette contradiction, inhérente à la clinique en tant que démarche finalement non reconnue comme telle, qui est au principe des nombreuses avancées rendues possibles par sa méthode ? La clinique médicale comme méthode de construction discursive du savoir médical part du particulier vers le général et la pratique clinique considère le particulier dans son écart par rapport au général, jusqu'à le cas échéant remanier le savoir. Bref la vieille question praxis/théorisation.

Quand le clinicien praticien ne sait plus ce qui fonde son savoir, cet oubli – qui est aussi oubli de cet oubli – est une perte car, alors qu'elle s'est constituée pour faire émerger et accueillir le nouveau, la méthode clinique n'est plus que la conservation de ce qui est déjà connu. Les enjeux de sa méthode ont disparu dans les sillons de la répétition. Aux potentialités de la démarche clinique s'est substituée la vérification de ce que l'on sait déjà. On préfère le retour du même à la surprise de l'inconnu. De la clinique comme méthode de pensée – où penser veut dire « penser autrement qu'on ne pense et percevoir autrement qu'on ne voit déjà » – il ne reste que l'exploitation d'un savoir/expérience/pratique préétabli.

La psychiatrie, plus encore que la médecine somatique, est devenue le lieu d'un déclin de la pratique clinique

Toute clinique sollicite la sincérité du sujet, la médecine pour dire l'exact-vrai sur sa maladie, la psychanalyse pour dire le vrai sur soi-même

rappelant que la clinique médicale a pour objet la maladie et son diagnostic et non pas l'homme et sa souffrance. Le vécu du sujet ne concerne pas cette clinique-là qui s'en méfie et même l'exclut tandis que la clinique psychanalytique ne les considérera que pour autant qu'ils donneront à entendre le désir inconscient du sujet et ce qu'il en fait. On aperçoit ainsi à quel point la clinique psychanalytique est une clinique à l'envers de la clinique médicale : « La clinique médicale cesse là où commencent la passion et le désir, et donc la mise en acte de l'inconscient dont la clinique, avec le transfert, engage l'aventure psychanalytique¹¹ ».

Toute clinique sollicite la sincérité du sujet, la médecine pour dire l'exact-vrai sur sa maladie, la psychanalyse pour dire le vrai sur soi-même. Tout dans cette clinique repose sur l'oreille : une oreille qui parle, serviteur des choses et maître de la vérité, dans le mythe d'une pure écoute qui serait aussi pur langage, capable de faire parler ce que tout le monde écoute sans l'entendre. Voilà la clinique psychanalytique. Quel est l'effet pour un sujet d'être invité voire amené à dire le vrai sur lui-même ? À quoi confronte-t-on un alcool-addict-borderline avec des troubles narcissiques et en difficulté avec le soi et l'estime de soi quand on l'invite à dire le vrai de lui-même ? Et d'ailleurs, dit-on jamais le vrai de

11 - Ibid.

12 - Plath, S., (1981/1997) *Carnets intimes*. Paris : La table ronde.

13 - Lowry, M., (1987) *Sombre comme la tombe où repose mon ami*, Paris : Denoël.
Witkiewicz, S., (1980) *Les narcothiques. Les âmes mal lavées*, Lausanne : L'âge d'homme.

en tant qu'expérience pratique raisonnée. Par exemple, s'occuper de psychotiques exige de le faire à la fois sur le plan médical en raison de l'expression sociale de la souffrance voire de la dangerosité, et sur le plan psychodynamique de l'écoute en donnant au patient un espace de parole où exprimer son vécu et sa vérité. Ce sera peut-être une conviction délirante que personne ne changera mais ce peut être important pour ce patient psychotique de pouvoir expliquer le sens qu'il donne à son existence et à ce qu'il éprouve même si quelqu'un de l'extérieur déclare que c'est insensé. Le sujet psychotique est à la fois un malade mental relevant de la clinique médicale, un fou relevant des cliniques phénoménologique, psychologique, psychanalytique, et un aliéné relevant des cliniques sociale, juridique... De même un addict doit être considéré comme à la fois un malade dépendant (clinique médicale), un ivrogne qui a ses raisons de boire que la raison ignore (clinique phénoménologique, psychologique, psychanalytique), etc. et qui demande à être entendu et reconnu dans sa vérité, ce que permet le dispositif de la clinique, du moins lorsqu'elle ne se laisse pas totalement fasciner par le visible et le déjà entendu, lorsqu'elle ose aller aux limites de l'énonçable.

Autrement dit à la fois la clinique médicale pour soigner la dépendance, la clinique psychanalytique pour faire advenir par la mise en mot d'un vécu et d'une souffrance un sujet de sa parole qui construit sa réponse à la question de sa vie et de son/ses sens ou absence de sens¹³, et une clinique sociale pour aider ce sujet dans sa confrontation difficile à la réalité et au monde commun. Prenons un exemple, quand un patient dit : « Je veux reboire comme tout le monde », il témoigne d'un déni de sa dépendance qui n'est pas celui de ses alcoolisations. Qu'est-ce que la clinique médicale peut dire de ce déni ? Peut-être rien d'autre qu'identifier l'expression d'une apsychnosie voire de troubles cognitifs dont il faut qu'ils sortent préalablement à tout accueil dans une autre clinique. Mais rien de moins si l'on interroge la réponse de la clinique psychanalytique à de tels dommages pour lesquels les thèses freudiennes de la déniation et du désaveu n'apportent rien. En revanche, s'il s'agit bien d'un déni d'un état de dépendance, l'important n'est pas la théorie du déni mais d'entendre que le patient exprime là une revendication infantile : « Je suis assez grand pour décrocher la lune tout seul, je n'ai pas besoin qu'on m'aide ». Sa dénégation n'indique aucune représentation refoulée mais signale sa position narcissique.

Les cliniciens praticiens ne voient que les patients qui finissent par s'adresser à eux quand ils ne parviennent à s'en sortir seuls. Mais l'on sait comme l'a montré la sociologie clinique qu'il y a des patients qui sont dans le *self change* ou

rémission naturelle. Qu'apprennent ces évolutions à la clinique ? Qu'est-ce que les différentes approches cliniques peuvent en dire ?

Pour Louise Nadeau, peu importe la manière dont on s'occupe du patient, l'important c'est de s'en occuper, car ce qui compte c'est une présence humaine forte, impliquée. Le patient, lui, a besoin de quelqu'un en qui faire confiance et qui le sécurise. Le patient prend ce qu'il veut en nous là où il a besoin de s'attacher.

Pour conclure

Alors, que parallèlement ou ensuite les soignants aient besoin de construire ou donner du sens à ce qu'ils font ou se représentent faire en s'appuyant sur telle ou telle théorie est tout à fait légitime et souvent nécessaire, à la condition toutefois de reconnaître que c'est leur besoin et pas forcément celui du patient, pour ne pas s'abandonner de manière entropique à des pratiques sans âme et rester investi dans cette présence humaine forte et l'intérêt qu'elle accorde à celui qui s'en remet à elle (pour ne pas baisser les bras et devoir lever le coude). La question de la référence à la psychanalyse, à la TCC, à l'approche par la phénoménologie, c'est le problème du soignant qui veut mettre du sens là où le réel lui échappe.

Le praticien a besoin de la méthodologie du chercheur et le chercheur a besoin de l'expérience du praticien. Personne ne dit que la seule réponse est la réponse médicale – et l'on a pu le voir avec l'actualité du baclofène¹⁴ – la tentation et l'illusion que la magie d'un médicament suffise à reconstruire un équilibre et puisse se substituer à l'accompagnement thérapeutique à assurer le temps nécessaire.

Le but essentiel d'une relation clinique de qualité est une « Alliance thérapeutique ». Les trois dimensions de l'alcoolologie doivent se refléter dans le contact du clinicien avec le patient. Par exemple : les problèmes d'alcool dans le milieu familial... (bio) ; les alcoolisations qui « rabotent » les moments difficiles (psycho) ; les alcoolisations initiales et initiatiques à l'occasion (socio-culturel). La clinique (le clinicien) ne doit négliger aucune des trois dimensions... dans sa relation avec le patient.

14 - Le baclofène, à l'origine commercialisé sous le nom de Lioréal®, est un dérivé aromatique halogéné de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). C'est un myorelaxant à point d'impact médullaire agoniste du récepteur GABAB inhibant les réflexes mono- et polysynaptiques au travers de la moelle épinière dont l'effet se concentre sur la relaxation des muscles squelettiques.

Université Paris Descartes – Paris 5

DIPLOME UNIVERSITAIRE de PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PÉRINATALITÉ ET DU TRÈS JEUNE ENFANT

Organisation psychique normale
et pathologique
du premier âge
Risques et prévention

Année 2012 - 2013



Directeurs d'enseignement :
Pr Bernard Golse
et Pr Sylvain Missonnier

Public
Toute personne déjà en possession
d'un diplôme de fin d'études dans le
champ de la médecine, de la psychologie
ou de la petite enfance

Lieu d'enseignement
Hôpital Necker-Enfants Malades
149, rue de Sèvres, 75743 Paris
et
Faculté de Médecine
15, rue de l'École de Médecine
75006 Paris

Renseignements
Secrétariat DU
Marie-Claire Le Gall
06 65 53 47 74