



*alcoolisme et psychoses*

## ***REFLEXION SUR LES CO-MORBIDITES***

*L'association "alcoolisme + psychose" est-elle nécessairement aggravante ?*

Une question clairement posée.

Une réponse difficile.

Histoire de Daniel.

Quelles conclusions tirer ?

Psychoses et alcoolismes.

Une identité trop pesante.

Les facteurs d'un possible étayage.

Conclusion.

## ***Une question clairement posée.***

Voici le courrier reçu d'un correspondant :

*" Une question me vient à l'esprit concernant la pathologie du patient alcoolique typique issu d'une famille dysfonctionnelle, par exemple : Père alcoolique et mère névrosée... Où se situent en quelque sorte les enfants issus d'une telle union ? Peut-on développer un système de valeur au niveau de la psychopathologie de l'enfant évoluant dans un tel contexte et ce qui peut advenir de cet enfant devenu adulte ? Les risques... les plus grandes embûches pour cet enfant seraient-ils dans un contact fréquent avec la mère... qui finit par devenir toxique de par l'infantilisme de la mère et ainsi donc de l'enfant devenu adulte ?"*

Cette interrogation s'appuie sur des préoccupations relativement transparentes, mais elle embrasse un très vaste champ dans la maladie alcoolique. Nous mettrons à l'écart, provisoirement, une question préalable : est-ce par le pouvoir de la **molécule** ou celui du **symbole** que l'enfant, devenu adulte, serait un jour exposé à recourir à l'alcool ? Dans une telle vision, certes simplificatrice, sait-on d'ailleurs distinguer ces deux versants ?

Mais pour ce qui est du devenir de l'enfant, la première objection renvoie à ceci que l'on n'a jamais pu définir, à ce jour, une **personnalité alcoolique**. Corrélativement on ne saurait identifier une orientation de personnalité qui serait prédictive de cette toxicomanie.

Nous avons retenu ce courrier pour le motif que de tels environnements parentaux ne sont pas exceptionnels. On les rencontre certes :

- chez certains patients alcooliques, mais dans une proportion réputée non significative ;
- mais aussi chez des personnes exemptes de pathologie alcoolique.
- Ils sont surtout absents chez une bonne majorité de sujets alcooliques chez qui de telles configurations familiales ne peuvent être observées.

*"Le risque, interroge-t-on, ne serait-il pas dans un contact fréquent avec la mère ?"*

C'est là un autre problème qui, évidemment, **n'a pas besoin d'un alcoolisme familial pour exister**. On répondra que tout dépend de cette mère. Celle-ci peut représenter pour son enfant un pôle de sécurité que le père ne saurait apporter du fait de son alcoolisme. Elle peut, à l'inverse, trouver son compte dans l'intempérance de son mari et organiser avec l'enfant un état de surfusion affective qui confine parfois à **"l'inceste moral"** - tous les cas de figure existant entre des extrêmes.

L'enfant sera-t-il alcoolique ? Pas nécessairement, on l'a vu. Mais s'il boit que faut-il en penser ? Certains diront que l'alcoolisme **est un symptôme** de la névrose développée au sein du dysfonctionnement familial. D'autres évoqueront une forme **d'hérédité**.

En fait les confrontations des cas et des anamnèses laissent penser, à la majorité d'entre nous, que l'enfant, ainsi exposé, court le risque d'une pathologie que nous dirons "**dysharmonique et évolutive**", au sens le plus large.

### ***Une réponse difficile.***

Le point le plus interpellant étant alors de savoir comment interviendrait l'alcool dans ce contexte. Plus précisément : l'évolution pathologique que l'enfant risque de rencontrer serait-elle influencée par le développement, chez lui, d'une surappétence alcoolique reproduisant, en apparence, celle de son père ?

En d'autres termes, l'évolution spontanée, si elle incline vers la pathologie, serait-elle modifiée, voire transformée, dans ses caractéristiques cliniques, sa structure et son devenir par la constitution d'un alcoolisme concomitant ? Et dans ce cas, en quel sens et dans quelle proportion ? Est-ce dans un sens **négatif**, comme si les deux affections s'ajoutaient l'une à l'autre ? Est-ce au contraire dans une direction plutôt **favorable** au développement personnel ?

Cette hypothèse, que l'on pourra trouver audacieuse, veut prendre en compte :

- d'une part les effets psychotropes de l'alcool, en tant que molécule et en tant que symbole,
- d'autre part l'impression que certains patients alcooliques, recèlent des **pathologies chroniques soutenues par leur conduite addictive** ; l'abstinence installée ne démasque pas clairement une affection spécifique, mais au contraire une pathologie dé-spécifiée dans laquelle il est difficile de percevoir et de faire percevoir le paradoxe d'un recours alcoolique éventuellement positif, mais nécessairement combattu.

Devant de si fondamentales questions serions-nous confinés dans le domaine des pures spéculations ?

### ***Histoire de Daniel.***

Le texte qui suit n'apporte pas de réponse ; il donne semble-t-il une autre occasion de poser le problème. Il s'agit d'une auto-observation rédigée par son auteur à la troisième personne. Nous avons raccourci certains passages mais nous n'avons rien modifié du libellé.

*"Daniel estime son enfance heureuse, marquée par un très grand attachement à sa mère, et vivant très mal la moindre séparation. A 7 ans le divorce des parents l'affecte peu : il reste avec sa mère. Elle le laisse très libre ; il l'estime irresponsable, peu assurée dans ses décisions. Séductrice, elle amène souvent des hommes à la maison. Toute séparation avec cette mère est un drame. D. est un élève brillant jusqu'en seconde où il cesse de travailler et préfère les bars. Il atteint un haut niveau dans les sports de combats, mais il rêve d'être acteur. Seul avec sa mère la cohabitation se passe très bien mais survient un épisode de fatigue où il fuit ses interlocuteurs, ne comprend plus ce qu'on lui dit et a des accès d'angoisse et des sentiments de paranoïa. Sa mère n'attache pas d'importance à son état et il s'effondre dans une espèce de catatonie. Il ne bouge plus, parle plus. Il est totalement déconnecté des objets extérieurs. L'épisode est durable puis régresse. Il devient hyperactif ; très détaché et s'en amusant, il passe son bac ; il se voit souvent porté à dépasser les limites. Il s'initie à l'héroïne, la cocaïne, l'imménocet... Poursuivant son rêve il entre dans un cours de théâtre. Il apprend beaucoup, est à rude épreuve et subit une légère dépression. Le psychodrame lui convient particulièrement. Il boit très peu et ne prend aucune drogue. Mais en dernière année le travail intensif, les aventures amoureuses provoquent une rechute sévère avec idées de culpabilité et de suicide dans un immense sentiment de perte, de manque et de solitude. Il ne finira pas le cycle de formation théâtrale. Son état s'améliore, il écrit un roman et suit une existence où il se déplace de pays en pays. Il met à profit son expérience théâtrale. Il crée son propre projet et se met réellement à boire. Il se marie, traversant une "année magique où tout lui réussit". Il écrit, a des aventures amoureuses et boit beaucoup. Il y a des problèmes dans le couple et il boit énormément. Après une nouvelle période de marasme, il écrit plusieurs romans, joue, écrit une pièce et boit régulièrement. Il écrit et réalise une pièce et boit beaucoup. Finalement il entreprend d'écrire une longue pièce en quatre tableaux : "D'un monde à un autre" en prose rythmée sur la traversée initiatique d'un homme à la recherche de son identité. Il se sent utile à l'humanité et sent la présence de Dieu. Il fréquente des psy, des prêtres. Il boit beaucoup, recherche les sentiments de fusion. Il ne dort pratiquement plus, semble porté par la grâce et achève sa pièce. Dans les milieux du théâtre il entre dans une période d'euphorie totale, boit beaucoup et garde un tonus extraordinaire. Après quelques désillusions, il réalise son vieux projet de partir pour les Indes. Il n'y trouve rien de ce qu'il attendait mais boit beaucoup. De retour en France survient une période franchement maniaque et se lie avec une psychologue de 20 ans son aînée. Il se sent investi d'une mission de vérité et compte travailler à l'envers, utilisant la mal pour le bien. Se perçoit très ouvert, très disponible dans une espèce de béance à l'extérieur, toujours sous alcool ou stupéfiant. Installé chez la thérapeute, il tombe souvent malade, grippe, bronchites, sinusites... et exagère au niveau de l'alcool. Des problèmes apparaissent mais il n'entend pas les mises en garde. S'il arrête quelques jours, "c'est pour se tester". Il ne s'est jamais caché pour boire. Acculé au RMI, il a besoin d'une tutelle. C'est la dépression. Il ne travaille plus. Son élan de vie et sa volonté l'abandonnent. Il atténue les crises d'angoisse par*

*l'alcool et les médicaments. Il décide alors une désintoxication avec le projet d'entreprendre une psychanalyse." Daniel est maintenant âgé de 29 ans.*

## ***Quelles conclusions tirer d'un état qui n'a pas existé ?***

Qui peut dire si l'alcool a influencé cette pathologie ? Parmi les questions préalables se pose celle de l'authenticité de l'alcool-dépendance chez ce patient. Dans un environnement enclin à consommer, ne serait-il pas entré simplement dans la dépendance physique d'un syndrome de sevrage ?

Le premier épisode morbide décrit par Daniel comme une **catatonie**, n'eut pas paru insolite si la suite de l'histoire clinique nous avait dévoilé une évolution dissociative, un état limite au début de l'âge adulte. En fait, le récit, nous met plutôt en présence de certaines phases de "**déprimés**" alternant avec des périodes d'**accélération hypomaniaque** réputée favorable à la productivité artistique ou littéraire et à ce type de créativité sociale.

Une hypothèse peut donc être avancée : le contexte alcool, constamment souligné - sans pudeur ni réserve - aurait-il favorisé, ici, une **évolution dysthymique**, certes atypique, au lieu et place du devenir dissociatif attendu ? Cela représenterait une action transformatrice sur la pathologie de base, mais, sauf pure spéculation, comment tirer des conclusions d'un état qui n'a pas existé ?

Un cheminement nous paraît toutefois possible que nous pouvons déduire d'une pathologie où l'alcoolisme et les syndromes schizophréniques suivent des voies parallèles. Certes, ce n'est pas d'hier que l'on a interprété l'alcoolisme comme une psychose. Sans soutenir cette assimilation plus que contestable, nous constatons qu'une analyse discriminative de ces deux types d'affection nous met en présence de déviations similaires, au moins dans certaines conduites logiques soumises aux patients.

Ces déviations ne se contredisent pas et ont en commun un trouble cardinal : le **refus de la métaphore**. Par le biais de **l'éviction monétaire**, nous avons étudié ce phénomène chez les [schizophrènes](#) où par-delà les ans et les modes thérapeutiques il domine la prise en charge de cette maladie. Occasion pour nous d'observer le même trouble dans l'alcoolisme où il apparaît identique, mais **réversible**, voire intermittent à la faveur des rechutes. A contrario, on sait combien, dans les schizophrénies, il est aussi **irréversible** que la maladie.

## ***Psychoses et alcoolismes : les points de congruence.***

On sait que dans l'alcoolisme, un réaménagement de la réalité s'opère en faveur du besoin d'alcool, tandis que le sujet désinvestit ses intérêts socio-familiaux. Il les

subordonne à un besoin totalitaire qui réquisitionne l'ensemble de ses conduites et mobilise entièrement son vouloir. Le malade alcoolique est inséré dans un temps répétitif au sein duquel il se voit, par le corps et par l'esprit, contraint de vérifier que ce qui existe peut exister à nouveau dans une **étroite contiguïté temporelle et spatiale**.

Cela va à l'encontre du développement linéaire, historique créateur de sens, distanciateur et porteur de métaphore, qui gouverne la pensée occidentale.

Pour ces patients, la quête de toute réalité est assujettie à une configuration pulsionnelle et gestuelle déjà expérimentée, et qui doit se répéter. Cette récurrence rejoint celle des pulsions biologiques imposant leur archaïsme et s'alignant sur les mêmes schémas d'oralité. La somme des conduites se voit redirigée vers le comportement le plus concret qui soit, sans distance de temps ni de lieu entre le besoin et l'objet, comme dans les premiers âges de la vie.

Par voie de conséquence, un **délaissement destructeur** affecte les domaines plus fondamentaux de la personnalité. Il trouve sa cause dans l'antagonisme des postulats logiques qui régissent :

- d'une part l'univers de la **contiguïté corporelle pulsionnelle**, quasi-biologique, voire pavlovienne, où se trouve immergé l'alcoolique ;
- d'autre part l'univers de signification et d'action sociale dont les prédicats psychologiques sont d'essence **métaphorique**.

Contiguïté et métaphore s'excluent mutuellement, mais l'humain a normalement besoin de l'un et de l'autre :

- dans l'ordre de la contiguïté, il trouve réponse à son besoin de nourritures et d'échanges affectifs ;
- dans l'ordre de la métaphore, il trouve réponse à son besoin des hommes qui pourvoient son être de sens et d'identité.

Ces deux systèmes, antagonistes, **créent chacun leur propre dépendance**. Ils ne coexistent jamais, sur le même objet, sauf à forger un aménagement symbolique ou rituel qui, alors, a force de loi. Telle est la fonction des manières de table ; elles s'originent dans les conduites nutritionnelles, pulsionnelles mais sont entièrement satisfaites dans l'utérus social. Or la consommation pathologique méconnaît les protocoles sociaux établis. Aucune fonction symbolique ne peut légaliser la pulsion à l'état pur.

***Une identité trop pesante.***

La redétermination des motifs d'action vers un univers de pure contiguïté, contredit l'accès à la métaphore. Ceci a pour conséquence qu'à l'instar du psychotique, qu'il retrouve dans les squats, l'alcoolique non seulement désinvestit la monnaie, mais encore son identité tout entière. Car l'aspect monétaire ne doit pas nous dissimuler un aspect plus global de l'éviction métaphorique. L'institution communautaire n'est pas seulement le lieu des échanges d'argent, elle est surtout **le lieu où s'affiche et s'énonce la personne, en une identité assignée.**

Lorsque la pulsion est mise à nu, non symbolisable, il devient urgent de se soustraire au regard d'autrui, comme l'on sait, mais aussi de soustraire soi-même à toute action signifiante. Ce processus, nos patients le perçoivent fort bien voyant se profiler, non sans terreur, le spectre de leur clochardisation. Notons qu'ils s'y adaptent parfois de façon surprenante, par ce biais, **délestés d'une identité trop enracinée dans le versant métaphorique.** L'alternative offerte à certains patients, à leur sortie de cure, met en balance deux types d'existences clairement opposés l'un à l'autre par les statuts corrélatifs et leurs relations à l'instance sociale : le salariat et **la mendicité.** Ne soyons pas surpris du recours à cette dernière. Faire la manche voue délibérément l'apport d'argent à un rapport émotionnel entre les personnes. La mendicité gomme toute identité préexistante.

C'est ici que se profile un statut psychoaffectif qui, dans ses effets comportementaux et ses clivages n'est pas sans concordances logiques avec diverses formes de comportements rencontrés chez les psychotiques, en particulier dans les évolutions schizophréniques. La question de fond étant de savoir comment la co-morbidité :

### ***alcoolisme + syndrome dissociatif***

installerait une conjonction qui, loin d'être un facteur aggravant, serait au contraire favorable à l'adéquation d'une structure psychotique et à son devenir au sein de son environnement humain. Comment une conduite alcoolique contredirait-elle l'évolution déstructurante de la psychose, comment fonctionnerait-elle **en étayant les difficultés relationnelles et intrapsychiques** jusqu'à effacer les symptômes cardinaux ?

### ***Les facteurs d'un possible étayage.***

La question doit s'envisager sous plusieurs aspects qui, dans la dynamique "alcool" mettent en jeu : - les pouvoirs de la molécule, - les pouvoirs du symbole, - enfin et surtout l'éviction métaphorique et la conversion métonymique corrélatrice, autrement dit, la mise en concordance avec la structure fondamentale de la psychose. Nous allons examiner successivement ces divers points.

**1)** Les pouvoirs de la **molécule** sont ses propriétés psychotropes. Nous retiendrons

deux facultés complémentaires que sont l'anxiolyse et la stimulation excitative. Les cliniciens savent combien ces deux effets simultanés peuvent favoriser les passages à l'acte dans certaines psychoses avec appoint alcoolique (considérées souvent comme pseudo- psycho-pathiques). Voici cependant deux activités pharmacodynamiques qui peuvent alléger les inhibitions du psychotique aussi bien que sa charge anxieuse. Autrement dit, deux pôles essentiels de cette pathologie, mais deux pôles qui, communément aggravent la fuite des contacts sociaux.

**2)** Les pouvoirs de l'alcool ne se résument pas dans ceux de la molécule. Ce n'est pas le lieu d'insister ici sur l'ampleur et l'omniprésence du **symbole** véhiculé par les boissons fermentées dans nos sociétés où il mémorialise rien d'autre que la solidarité et la cohérence culturelle. La consommation communautaire et conviviale propulse le schizophrène, qui y participe, vers des schémas de comportements dans lesquels il pourra endosser et énoncer les images classiques d'autonomie, de transgression légalisée, de virilité, s'il est un homme, d'indépendance s'il est une femme.

Comme pour le consommateur traditionnel d'alcool, cette image bien que clivée de la réalité et de sa réalité, lui permet de s'afficher dans l'acte de boire comme dans l'acte mature d'une personne qui, au-delà de la crise oedipienne, outrepassé les soumissions de l'enfance et de l'adolescence. Sur ce point, semble-t-il, les pouvoirs du symbole concernent le particulièrement le schizophrène, en ce sens où, dans l'ambiguïté d'un comportement archaïque, le patient, par le biais du groupe, mais en son propre clivage, sacrifie à un rituel qui célèbre en réalité ce qui n'est pas : le désir, le travail, la virilité, le pouvoir.

On connaît ces psychotiques qui fréquentent les bistros. Leurs retours sont parfois hasardeux mais le fait dominant est le contact et l'échange que ce périple leur a permis d'établir. Il n'eut jamais été acquis à l'intérieur de l'institution psychiatrique, malgré tous les raffinements de la chimiothérapie et toutes les prouesses de la "sociothérapie".

**3)** Enfin reste le plus important que, *par convention* nous nommerons la **conversion métonymique**. Nous voulons désigner ainsi la concordance dont bénéficie une structure psychotique dans cet univers de contiguïté, tel qu'il s'installe dans le vécu de l'alcoolique où nous avons tenté de le décrire. Ce système est, si l'on peut dire, immobilisé dans la répétition, en même temps qu'il permet d'esquiver le pôle métaphorique autour duquel se structurent les identités... en vérité si souvent égarées chez les uns et chez les autres.

En somme, les effets négatifs que l'on voit se produire chez l'alcoololo- dépendant rejoindraient des rivages favorables au schizophrène. Par ce biais ces sujets établissent un certain niveau de communication. Comme si "l'idéologie alcoolique", parce qu'immergée dans la contiguïté offrait au psychotique **un mode non-destructeur d'échange et d'activité**, voire de reconnaissance. Il peut s'y investir et en

épouser les éléments, y compris, dans sa négativité, l'opposition et l'opprobre, au risque, bienvenu, de contredire la métaphore paternelle toujours destructrice pour lui.

Non seulement le recours à l'alcool, mais l'alcoolisme en tant que structure constituée et définie dans ses symptômes, offrirait donc un espace au patient psychotique. Une condition cependant s'impose : **être alcoolique**. On s'aperçoit ici que n'est pas alcoolique qui veut. Les schizo, dans leur majorité, ne sont pas attirés vers l'alcool, tous peuvent-ils consommer les quantités qui assureraient cette imprégnation permanente faisant d'eux des alcooliques ?

### ***Conclusion.***

En présence de difficultés de sevrage ou d'alcoolismes dits récidivants la tendance est grande de prendre en compte l'état psychique sous jacent. Mais que conclure d'un état singulièrement transformé, parfois **réduit à une cyclicité persistante des réalcoolisations** ?

Certaines "rechutes" itératives n'apparaissent-elles pas comme un moyen donné au patient, un alibi, qui lui permettrait d'activer, quand nécessaire, le lien thérapeutique qui le lie à l'institution ?

Au bout du compte, le problème ultime demeure celui, crucial, de l'abstinence. Elle répond certes à la nécessité d'interrompre l'apport exotoxique physiquement destructeur, mais aussi à l'ambition d'actualiser la perte d'objet transformatrice. A défaut tout vient nous rappeler que le patient est aussi un authentique alcoolique, porteur de tous les avatars de cette pathologie.

[\*Retour à l'Index\*](#)

*Site créé le 02 août-1997. - Dr J. Morenon, 8 rue des tanneurs, F-04500 [RIEZ](#)*

Emplacement du Fichier :

<http://jean.morenon.fr/PDF/comorbid.pdf>

