



L'URGENCE EN CLINIQUE ALCOOLOGIQUE

Article paru dans la revue "alcoologie", Volume 19, n°4, Décembre 1997, p. 413,
sous le titre : L'expression du sujet alcoolo dépendant par l'émotion et par le discours..

Vers le [texte abrégé](#)

- [1° le rire](#)
- [2° les larmes](#)
- [3° la communication émotive](#)
- [4° la multiplicité des jeux de langage](#)
- [5° le redressement du discours](#)
- [6° une hiérarchie à l'intérieur du message](#)
- [7° en résumé](#)
- [8° la clinique](#)
- [9° l'urgence](#)
- [10° un autre aménagement du circuit de parole](#)
- [11° une autre affectation de la réalité](#)
- [12° que faire...](#)
- [13° facile à dire...](#)
- [14° observations cliniques](#)
- [- Références](#)

Nous avons déjà eu l'occasion de l'exprimer, la dépendance alcoolique est un observatoire remarquable des phénomènes de langage. Une recherche approfondie sur ce sujet se révèle riche d'intérêt pour ces deux disciplines, apparemment bien éloignées l'une de l'autre que sont l'alcoologie et la linguistique. La seconde aide à comprendre certains mystères de la maladie alcoolique, ses impasses relationnelles et les troubles de la communication qui s'y observent ; la première représentant, pour les sciences du langage, une véritable base expérimentale.

Dans les lignes qui suivent, nous allons évoquer l'incidence de la communication émotive sur le discours du patient avec le curieux pouvoir qu'elle possède **de libérer une énonciation par ailleurs fortement perturbée**. Nous avons choisi, à cette fin, d'examiner trois phénomènes observables dans le cours de nos consultations spécialisées : la plaisanterie, les larmes et la revendication de soins urgents.

° *le rire*

Il n'est pas rare, lors d'un premier entretien, de voir le patient accompagner ses propos d'un sourire entendu, comme s'il se préparait à susciter une complicité moqueuse ou s'il fallait **s'amuser avec lui** de ses exploits éthyliques. Sous le signe du risible, la démesure devient-elle une prouesse ? Ce phénomène peut être assez tenace, même si, comme il convient, on prend garde de ne lui donner écho. Il nous paraît suffisamment insolite pour devoir être interrogé.

° *les larmes*

A l'inverse, on voit parfois des larmes, moins inattendues et le plus souvent féminines, mais non toujours. Qui n'a vu des hommes "craquer" dans une consultation, malgré la prévenance habituelle. Il s'agit de patients pouvant afficher une forte personnalité, souvent venus seuls nous livrer une confession pesante et réfléchie, et qui soudain plongent dans une vague émotionnelle sanglotante. Ces larmes sont à examiner **sous le même registre que les rires** insolites du paragraphe précédent. Rires et larmes sont l'indice des réactions émotives qui parcourent l'être. Plus exactement ils en sont l'accompagnement visible et, à ce titre, concourent à la communication entre les personnes. Mais cette communication directe et immédiate de l'émotion n'utilise pas l'instrument linguistique ; elle se place sur un autre registre dont on sait la grande importance, surtout chez les êtres sociaux :

- pour les êtres sans langage d'abord (les animaux) où la communication émotive domine de nombreux aspects du comportement (sexuel, ludique, nutritionnel, sécuritaire, etc.).

- pour les humains ensuite, parce qu'il est dans l'expérience de chacun que nous ne communiquons pas, entre nous, uniquement sur un mode intellectuel.

° *la communication émotive*

Rires ou pleurs, joie ou peine, introduisent entre les individus un style de relation qui mérite un regard particulier. Ils témoignent de certains états d'âme et, n'étant pas des signes linguistiques, ne peuvent transmettre aucun message : ils ne disent pas pourquoi la personne rit ou pleure. Rire et pleurer appartiennent, en principe, à la **catégorie de l'indice** qui n'est un "signe" que pour celui qui le perçoit et non pour celui qui l'émet : ils sont des actes non intentionnels. Lorsque les rires ou les

larmes sont feints, c'est à dire intentionnels, le sens de l'intrigue est profondément modifié.

Mais si rires et larmes authentiques peuvent être compris comme les indices (nous faisant connaître, malgré elle, que telle ou telle personne est triste ou gaie) ils possèdent un pouvoir supplémentaire : celui **de transmettre à autrui la tonalité émotionnelle dont ils témoignent**. Ou, comme on l'a dit, de "*s'infiltrer par contagion dans l'être du destinataire*". Ce qui constitue, entre les êtres, le modèle même d'une relation par contiguïté. Larmes et rires sont donc des signaux qui ont, sur autrui, un pouvoir mobilisateur qui ne passe pas par le langage. En glissant vers une contiguïté extralinguistique, ce type de communication ne se reçoit pas comme un discours. L'affect fait corps avec ce qu'il exprime. Nous sommes dans un système relationnel oeuvrant à la **transformation immédiate de celui qui le reçoit** : les larmes ou le rire se donnent une emprise sur le destinataire ou celui qui est en position de l'être (ce qui veut dire qu'ils constituent, pour lui, un ordre de réalité).

° *la multiplicité des jeux de langage*

Roman Jakobson s'interroge sur ces modes de communication distincts de la structure linguistique et qui sont *expression directe de l'attitude du sujet à l'égard de ce dont il parle*. Il ajoute : *si l'on analyse le langage du point de vue de l'information qu'il véhicule, on n'a pas le droit de restreindre la notion d'information à l'aspect cognitif du langage*. Cet auteur remarque surtout que paroles et communication émotive ne sont pas inconditionnellement condamnées à s'exclure ; elles peuvent s'associer et se combiner. Mises à part les émotions totalement feintes, la faculté est donnée à l'homme de convertir le contexte de la communication et de privilégier l'un ou l'autre mode, cognitif ou émotif. Ce phénomène revêt une grande importance dans la vie sociale. Il est courant que le dessein d'informer se déplace vers celui d'en rire.

Ainsi procède l'alcoolique lorsqu'il cherche à introduire la plaisanterie dans l'entretien. Du même coup le rapport entre les personnes se modifie. Dans une rencontre ludique, l'effet recherché et l'effet produit, bien que créés par le moyen du langage, **se situent tous deux hors du langage**. Celui-ci est assurément influencé par l'état émotionnel du narrateur lequel, autant que le contenu, peut affecter l'auditeur.

° *le redressement du discours*

La psychopathologie de l'alcoolisme vérifie cet ensemble de faits. Exhibant des sentiments opposés, des attentes distinctes, les larmes ou la connivence amusée y prennent des significations concordantes dans la mesure où elles modifient les règles usuelles de l'échange clinique en introduisant, entre les êtres, **un rapport extralinguistique**. Mais le point important, en ce qui nous concerne, est qu'elles ont en commun le pouvoir d'effacer les perturbations linguistiques propres à

l'alcoolisme et caractéristiques de cette affection. Ceci veut dire que la "*mauvaise foi*" n'est plus de mise, la vérité du discours est retrouvée.

La question qui se pose alors est la suivante : comment ce changement de contexte (par conversion émotionnelle) peut-il annuler, chez les malades alcooliques, les altérations du langage ? Comment peut-il suspendre cette [inhibition pudique](#) qui entrave l'énonciation d'une consommation transgressive ? La réponse paraît tenir à deux phénomènes connexes :

- la déqualification du langage informatif par un remaniement de la hiérarchie à l'intérieur du message,
- le remaniement concomitant de la réalité.

° *une hiérarchie à l'intérieur du message*

Le fait important réside en ceci que la plaisanterie, en transformant les bases de l'échange, fait plus qu'introduire une modalité nouvelle dans l'acte de parole, elle lui fait subir un changement de finalité. Le thème générateur du discours **cesse d'être repéré dans le contenu cognitif du message**. Le rang privilégié n'appartient plus à cette fonction : la communication véhicule une autre réalité, radicalement distincte, d'ordre émotionnel, exprimée sur les registres que l'on sait et que manifestent le ton, la mimique, etc..

Mais l'humour, la plaisanterie qui parcourent la vie courante sont souvent un "*tour de passe-passe*". Le thème générateur du discours étant "*basculé*" sur l'émotionnel, celui qui s'exprime, sous le signe du rire, n'en livre pas moins l'information à son interlocuteur. Ainsi peut-on choisir cette voie **pour faire entendre la vérité**, bonne ou mauvaise, ou une certaine vérité. Lorsque le rang directeur est conféré à la fonction ludique, par exemple, il devient possible de parler de sexe, ou d'autres sujets, réputés inconvenants, et vigoureusement soumis à la censure pudique. Le même avatar affecte les rapports de l'homme avec l'alcool, dans les rivages du **non symbolisé** : à l'occasion, l'alcool, l'alcoolisme et l'alcoolique deviennent facilement sujets de plaisanterie.

Parole et communication émotive peuvent donc coexister ou se renforcer l'une l'autre, à l'expresse condition que, par une stratégie mentale appropriée, le locuteur s'attache à subordonner convenablement les registres qui partagent la réalité. Au plan du message, remarque Jakobson, "*la diversité (...) réside non pas dans le monopole de l'une ou l'autre fonction, mais dans les différences de hiérarchie entre celles-ci*". Cette hiérarchisation à l'intérieur du message est donc d'une extrême importance : elle est imposée par la **coexistence de fonctions humaines que l'on sait mutuellement exclusives**. En effet, si le langage informatif, voué au code, ressortit à l'ordre de la similarité, la communication émotionnelle est l'exemple même d'une relation antagoniste de contiguïté.

° *en résumé*

Dans le jeu, la plaisanterie ou l'humour, l'acte de parole n'a pas pour motif directeur de transmettre une information. Il perd sa vocation première de communiquer du sens. La fonction cognitive est déqualifiée au profit d'affects qui sont de nature extralinguistique et qui, nous allons le préciser, **définissent une autre catégorie du réel**. Le contenu informatif est réduit au rang d'**accessoire** destiné à provoquer ce rire. Mais dans cet usage détourné, l'information, sous jacente, demeure accessible. La satire et la comédie font un usage électif de ces procédés qui tiennent une place des plus importantes à tous les niveaux de la communication, qu'elle soit individuelle ou collective.

° *la clinique*

En alcoologie, l'humour se glisse, insolite, dans un contexte parfois objectivement dramatique. Le patient se décrit à travers sa démesure en empruntant ces mêmes images que la malice populaire impute aux alcooliques et dont elle s'amuse. Cette attitude paraît démentir le versant tragique des événements, de façon parfois révoltante pour les proches. Elle remplit cependant le rôle qu'on vient de lui décrire. Au quotidien, dans les marges de la transgression ou de la pudeur, un tour amusant donné aux paroles permet de les exprimer. De l'alcoolisme on peut pleurer, chacun en rit parfois, les patients ne l'oublient pas et, spécialement entre eux, utilisent fréquemment ce recours. Plaisanterie, moquerie ou humour, l'expression ludique n'est évidemment pas le seul support émotif entre les interlocuteurs : elle n'en est qu'un aspect. L'affliction, l'humiliation, l'émotion et les larmes, nous l'avons dit, transforment le réel de la même manière et atteignent le même but pour le même motif.

° *l'urgence*

Ces réflexions nous introduisent vers le scénario autrement important qui se déroule sous le signe de l'urgence, et rarement dans la seule intimité d'une consultation. Nous n'avons pas en vue ici les urgences médicales objectives que peuvent représenter une décompensation hépatique ou neurologique, un accident de sevrage ou les troubles de l'alcoolisme aigu. Nous pensons à ce soudain empressement avec lequel certains patients, très longtemps attentistes, deviennent demandeurs de soins. **Leur revendication d'urgence vaut certes pour un appel au secours**. Mais quel est le sens de cet appel qui proclame un état à ce point insupportable ? L'entourage se ressent mobilisé. Il participe activement à la recherche du lieu de soin réclamé, d'un établissement pour une cure tant attendue et qui, en cet instant, ne peut plus attendre. La précipitation mobilise aussi le, ou, plus souvent encore, les médecins consultés, qui parfois ne peuvent faire mieux qu'y participer, tout comme l'entourage, *"puisque aujourd'hui il est décidé"*.

° *un autre aménagement du circuit de parole*

Un phénomène essentiel entre en jeu dans ce cas de figure : la parole, en se faisant appel au secours ne se contente pas d'introduire une information dans un entretien. L'aveu de souffrance, comme le dit excellemment **Monique Schneider**, traverse le "*consensus protecteur qui voudrait enfermer toute prise de parole dans une visée de signification...*". Cet aveu, dit-elle, devient "*immédiatement don agressif, don exerçant une prise sur la personne de celui qui le reçoit*". Le véritable enjeu apparaît lorsque la revendication se heurte au discours médical (qui a justement pour vocation d'apprécier autrement l'urgence) alors que le patient ne cesse d'exiger une hospitalisation rapide : "*Ça ne peut plus durer, je ne peux pas attendre encore un mois, vous n'avez pas une place avant... ?*". Le tout assorti de critiques vis-à-vis d'un établissement qui, à différer l'admission, ne remplit pas son rôle et manque à ses devoirs, voire d'un médecin qui se donne le privilège de choisir ses clients.

Cet "*appel au secours*", relayé par l'entourage, exige des intervenants une **articulation improvisée entre le message et le geste**, justement soulignée par l'auteur précité. Mais la mission et le pouvoir de gérer cette articulation sont le propre de la pratique médicale qui, face à l'urgence, ne saurait être déterminée par l'émotion vécue. Elle ne l'est que par le savoir informé et, par là, prétend contenir le réel dans un ordre immuable. Voilà qui est récusé par le patient : par l'aveu de la souffrance et l'urgence d'être soulagé, celui-ci **refuse de réduire la parole à une visée informative**. La parole cesse d'être un échange entre des protagonistes installés dans leurs identités respectives. Malgré certaines apparences, le sujet ne cherche pas, dans ce premier mouvement, à "*mettre à nu*" ce qu'il cachait jusqu'alors.

Cet empressement traduit d'abord le besoin de changer le registre de la réalité afin de contourner "*le fonctionnement cloisonné des sphères subjectives*". Ce changement, ce contournement, sont indispensables à l'énonciation, plus exactement, à toute communication sur le problème de la consommation transgressive qui affecte le patient. L'enjeu de la parole est d'une telle importance qu'il nous impose de recevoir cet appel, même s'il casse les règles de l'échange. **Cette parole a besoin d'être entendue et en ce point réside probablement la véritable urgence**. Par ce biais, cette revendication doit être vue comme l'un des moyens dont dispose le malade alcoolique pour "*créer un autre aménagement dans le circuit de ... parole*" : l'appel au secours est toujours un moyen efficace pour remanier la hiérarchie à l'intérieur du message, seule voie pour sortir d'un emmurement linguistique insupportable au patient, quoiqu'on en dise.

Que le recours aux soins se fasse ou non dans la hâte, on ne doit pas perdre de vue le véritable mobile. Le clinicien se doit d'utiliser cette circonstance pour libérer un discours qui veut être entendu, pour nouer le dialogue impossible. Il y réussit souvent. L'admission hospitalière est elle-même contingente mais la souffrance est

authentique. Elle l'est à la mesure d'une exclusion linguistique qui ne peut que maintenir le sujet dans la dépression. A l'analyse, la conversion de la relation, qui est surtout une entrée en force dans la contiguïté empirique, apparaît ici sur plusieurs niveaux :

- 1) par l'expression de la souffrance ;
- 2) par le rapprochement de ce qui s'annonce éloigné ;
- 3) par l'implication d'autrui dans une somme de démarches où l'on découvre "*un chevauchement entre le message et (l') injonction*" amenée à provoquer cette implication.

° *une autre affectation de la réalité*

Les émotions exprimées, nous l'avons vu, définissent un mode de relation entre les personnes. Nous les avons assimilées à des "indices" au sens linguistique du terme, en soulignant, toutefois, qu'elles "*s'infiltrant dans l'être du destinataire*", provoquant une mise en communication, que l'indice, au sens strict, ne réalise pas. Mais il y a plus : "*L'énonciation de la douleur (exigeant) de remplir tout l'espace*" vient, en fait, y installer une **autre affectation de la réalité**. En tant que donnée strictement interhumaine, mais très concrète et communicable, l'affect fonctionne comme un élément du réel. Il met à disposition la substance communicante (en forme de joie, tristesse ou angoisse) **apte à constituer le signifié qui va rendre énonçable le discours sur l'alcool, jusque là inarticulable**.

Ceci mérite une précision : ce discours, on le sait, est habituellement rebelle à l'énonciation. Rappelons ici notre hypothèse sur ce sujet : l'alcool est une boisson sociale dont la consommation est soumise à **un protocole culturel**. Le patient qui consomme en dehors des rituels convenus le fait hors symbole et en obéissance au corps. Cela impose qu'il soit attentif à ne rien laisser paraître, ni du besoin, ni d'un acte de boire non symbolisé. Le rituel convenu et convenable, même s'il est respecté en apparence, n'occupe plus le rang privilégié ; il est, pour le patient, réduit au rang de circonstance. Autour de ce phénomène se joue la question du langage : **le patient est réduit au silence parce qu'il n'est plus de rapport de signifié à signifiant entre l'acte de boire et le protocole social**.

Ici intervient l'effet correcteur de la dramatisation : elle va réaménager le circuit de parole. "*Je bois*" peut se dire parce qu'il devient le signifiant (ou substance communiquée) de cet autre signifié indiqué plus haut : un affect appartenant à une réalité empirique (et qui constitue la substance communicante). Cet affect est introduit par la dramatisation que l'on sait dans le vécu subjectif des êtres en présence. Il est créé de toute pièce mais entre spontanément dans le jeu de la communication. Par cette mutation interne au langage, le patient a pu extraire son acte du "non symbolisé" où le confinait la transgression constante des rituels de consommation.

° *Que faire ?*

Comment prendre en compte la détresse du patient, redoublée par celle de l'entourage ? La petite cohorte qui l'accompagne redoute, avec une visible anxiété, de se voir imposer la rigueur médicale, le formalisme hospitalier, toujours inexplicable et venant ruiner les espoirs entrevus avec ce revirement inespéré du patient.

Faut-il concéder l'admission sous le signe d'une urgence aux allures factices ou faut-il la différer ? La question se pose parce qu'un fait sous-jacent a pu être vérifié par plus d'un clinicien : dans ce contexte, le patient admis sans délai et sur sa demande, comme il le réclame, a bien des chances d'**abandonner les soins** et de quitter le service dans les jours qui suivent.

Doit-on voir ici un motif de différer l'hospitalisation ? Assurément pas, car là n'est pas la véritable alternative. Le patient qui abandonne la cure prématurément n'y aura pas trouvé ce qui lui était nécessaire : des paroles propres à le rétablir dans son être par delà l'indicible. Le véritable problème était la position dépressive dans laquelle l'a placé l'exclusion linguistique (7) que l'on sait. Nous aurons prodigué les soins physiques les plus indiqués et les plus nécessaires. Mais, dans le silence, l'essentiel n'est pas atteint. Hospitalisé ou non, **le patient a d'abord besoin de mots**, l'expérience clinique le confirme tous les jours.

° *Facile à dire...*

En d'autres termes, on peut dire qu'une hospitalisation qui, de cette manière, "*tourne court, finit ainsi parce que sans élaboration préalable, ou consécutive*". Mais si l'on pense à une élaboration "médicalement assistée", se pose évidemment **le problème des contre-attitudes** : en l'occurrence, ne serions-nous pas un peu, en matière d'alcoolisme, comme nous l'avons dit ailleurs... tels des thérapeutes eunuques devant une pathologie sexuelle ? Sur le terrain, la plupart des intervenants jouent délicatement la carte des non-dits et de l'expérience de ceux qui savent (les anciens buveurs). Ils utilisent aussi les vertus du savoir médical, ainsi construit, dans sa grande variabilité culturelle et historique, pour n'être jamais à court de "signifiants"...

C'est, selon nous, dans cette rencontre que se détermine en profondeur le destin du patient. Signalons, sur ce terrain, parmi les risques consécutifs, celui de voir s'installer une substitution alcool / hospitalisation (par substitution d'objet). Nous serions enclin à lui imputer une alternance répétitive de rechutes... de l'un ou de l'autre, où l'on ne sait lequel motive l'autre. **La clinique de l'urgence est alors annulée par la répétition**. Le scénario se situe désormais en dehors de toute précipitation : quelqu'un, bien connu du service, et qui sait prendre patience, par un simple coup de fil nous averti d'avoir à lui réserver une place et nous en remercie d'avance.

Observations cliniques

CAS N° 1 - M. F., a été un homme très actif, habitué aux responsabilités, aux longs déplacements... et à tous les alcools du pays. Agé de 53 ans, père d'un enfant, il estime former un bon couple avec son épouse, qui est loin de soupçonner l'importance de ses abus. Par contre, son alcoolisme lui a fait perdre son emploi. Il se présente seul et signale facilement qu'il a toujours beaucoup bu. Son allure est très dépressive. Il a d'ailleurs réalisé une tentative de suicide. L'entretien a les caractères d'une confession grave et difficile. Il insiste sur le fait qu'il boit en cachette, que ça ne peut plus continuer, que tous les efforts entrepris pour arrêter demeurent vains, que la cure est urgente, très urgente, vue l'énormité de sa consommation. Il faut l'hospitaliser aujourd'hui, il le souhaite, il s'y attend et le pense nécessaire... Il ne cesse d'énumérer les quantités bues, les diverses boissons absorbées aux divers moments de la journée, Puis cette confidence est interrompue par un flot de larmes. Ce long monologue devient peu à peu un dialogue. L'aspect du patient change rapidement, il risque une petite plaisanterie sur lui-même puis souligne l'intérêt de ce qu'il vient d'entendre (qui pour l'essentiel n'était qu'une autre manière d'exprimer ce qu'il avait dit lui-même...). L'admission est renvoyée à quinzaine après qu'il eut remarqué : ***"je vais beaucoup mieux, ça m'a fait beaucoup de bien"***. Le délai d'admission ne fut pas discuté un instant. Ce patient fut ponctuel au rendez-vous d'hospitalisation et respecta le contrat jusqu'à son terme.

CAS N° 2 - M. C., âgé de 25 ans, est adonné à la bière et au pastis depuis 8 ans environ. On note aussi quelques recours épisodiques au cannabis et aux benzodiazépines. Il signale, à la première consultation, les éléments discrets d'un syndrome de sevrage avec baisse de l'acuité visuelle. On apprend qu'il vient d'être conduit en centre hospitalier pour une première crise comitiale. Ce jeune homme, RMiste, est inactif depuis un an après avoir travaillé en boulangerie. Il a une amie qui vit habituellement assez loin. Il habite maintenant chez sa mère. L'entretien se fait sous le double signe de la culpabilité militante et de la totale sincérité : il boit trop, depuis trop longtemps, perd tous ses emplois, est un malheur pour les siens, il faut le soigner d'urgence. Il a apporté des affaires personnelles en vue d'une hospitalisation le jour même, ce qui ne pouvait faire aucun doute, vu son état. Mais aucun lit n'était immédiatement disponible. Il s'insurge, se veut persuasif, puis se répand en critiques et rompt l'entretien. La mère prend le relais, accompagnée de l'amie, sûres, toutes deux, devant un tel cas, de fléchir le médecin et obtenir l'hospitalisation. Les deux femmes nous expliquent que ça ne peut plus durer à la maison, que ça va mal tourner, que l'une endure le pire, que l'autre va le quitter, mais surtout qu'il est décidé aujourd'hui ; il faut faire quelque chose. Elles nous montrent un mot de son médecin qui souligne l'urgence, précise que le délai de la consultation était déjà mal supporté par le garçon qui ne voulait pas attendre si longtemps et qu'il serait bon de le garder le jour même dans le service. En fait, selon un scénario fréquent, ce médecin avait téléphoné le matin même, à la demande de la famille, pour insister sur la décision de soins, inespérée, et le contexte d'impatience. Il fut possible de différer l'admission d'un autre postulant afin de dégager un lit pour admettre le lendemain ce client empressé. Dans ce "remue-ménage", nous n'avons pas eu davantage de temps à consacrer à l'entretien mais la revendication principale était satisfaite. Durant les 48 premières heures, vouées essentiellement aux soins physiques, il fut remarqué qu'il noua rapidement des relations avec ses camarades "de perfusion". Mais, sans explication, il quitta le service le troisième jour. A nos yeux, il n'est pas douteux que, dans de telles situations cliniques, il y a méprise sur la portée psychologique des soins physiques. Plus que nécessaires, ces soins ne remplacent pas, dans le même temps, la nécessité d'un abord psychothérapeutique spécifique. L'examen du cas,

après coup, nous a montré qu'aucun contact réel, autre que somatique, n'avait été établi. Le "déficit en signifiants" est apparu manifeste. Cette hypothèse paraît confirmée par la proximité recherchée auprès des camarades de chambre et aussi, ce qui fut signalé plus tard, par la familiarité un peu excessive, un peu ludique qu'il a manifestée envers le personnel. Au-delà des facteurs de personnalité, ce jeune homme, selon ses moyens et son style, semble avoir multiplié les tentatives compensatrices pour entrer en dialogue avec des gens d'expérience, patients ou soignants. La réponse, d'ordre somatique, qui lui fut opposée (pourtant considérée comme la plus sophistiquée) avait largement manqué son but.

Références bibliographiques

1. Jakobson R. Essais de linguistique générale. T. 1. Paris : Les Éditions de Minuit, 1963.
2. Jakobson R. Langage enfantin et aphasie. Paris : Flammarion, 1980.
3. Morenon J, Le langage de l'alcoolique et ses perturbations. L'information psychiatrique 1988 ; 64 (9).
4. Schneider M, Endiguer. In : Habib C, directeur de la publication. La pudeur, la réserve et le trouble. Paris : Éditions Autrement. Série Morales n°9.
5. Ibidem
6. Ibidem
7. Morenon J, Aimer, boire et parler. Alcoologie. 1997 ; 19 (3).

[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/urgentop.pdf>

