

M. Christophe Niewiadomski*

* Docteur en sciences de l'éducation, Maître de conférences, Université Charles de Gaulle Lille 3, UFR des sciences de l'éducation, Domaine universitaire du Pont de Bois, BP 60 149, F-59653 Villeneuve d'Ascq Cedex. Courriel : christophe.niewiadomski@univ-lille3.fr
Reçu mars 2007, accepté mars 2008

Les diverses modalités de la première approche

auprès des personnes en difficulté avec l'alcool

Résumé

On a sans doute trop souvent affirmé que les personnes en difficulté avec l'alcool "n'auraient pas de demande" tant celle-ci se donne habituellement à voir et à entendre dans une situation de crise qu'il conviendrait de résoudre dans l'urgence. Phénomènes de minimisation, voire de déni, témoignent alors de la souffrance masquée d'un sujet généralement culpabilisé et honteux, alors que le désarroi de l'entourage renforce l'aspect dramatique du problème. Cette situation implique donc le décodage d'une demande fréquemment confuse et déroutante pour le clinicien. Pourtant, cette première rencontre, malgré l'hypercomplexité des configurations intersubjectives habituellement rencontrées, peut permettre d'introduire "du tiers" entre le sujet et l'objet alcool. S'ouvre alors la possibilité d'un espace de dialogue qui permettra de distinguer les potentialités d'engagement du sujet des pressions que celui-ci peut éprouver. En outre, si la confiance s'installe, cet espace permettra au sujet de passer de l'état de personne "stigmatisée" à celui d'acteur d'un processus d'accompagnement dans lequel l'ouverture à un travail sur le sens historico-existential du recours à l'alcool pourra contribuer à la construction d'un projet d'abstinence mieux intégré. Nous tenterons de préciser ici l'apport de l'approche biographique à cette perspective.

Mots-clés

Alcoolodépendance – Honte – Demande – Sens – Biographie – Récit de vie – Histoire de vie.

S'il est trivial de constater que les personnes alcoolodépendantes posent régulièrement des problèmes d'accompagnement aux praticiens, de quelque formation ou d'obédience théorique dont ils se réclament par ailleurs, la

Summary

The various modalities of the first approach to people with alcohol problems

It has probably been too frequently stated that people with alcohol problems "do not ask for help" in that this call for help is often expressed in a crisis situation that needs to be resolved urgently. Minimization, or even denial phenomena reflect the masked suffering of these generally guilty and ashamed subjects, while the family's helplessness reinforces the dramatic aspect of the problem. This situation therefore requires decoding a frequently confused demand that may not be immediately obvious to the clinician. However, this first contact, despite the major complexity of the intersubjective configurations usually encountered, can allow introduction of another person between the subject and alcohol object. This opens the way to dialogue to distinguish the subject's potential for commitment from the pressures experienced by the subject. When an atmosphere of confidence can be ensured, this dialogue allows the person to advance from a "stigmatized" status to that of an actor in a therapeutic process in which analysis of the historical and existential meaning of the use of alcohol can contribute to construction of a better integrated abstinence project. The author describes the contribution of a biographical approach to this perspective.

Key words

Alcohol dependence – Shame – Demand – Meaning – Biography – Life story.

"première approche" constitue un remarquable terrain d'investigation pour la clinique de l'alcoolisme, en ce sens qu'elle paraît venir condenser ces difficultés en un saisissant raccourci. Un tour d'horizon de la littérature spécia-

lisée à ce propos (1-5) ne fera que confirmer ce que tout clinicien confronté à la complexité de l'abord de ces patients aura déjà empiriquement identifié : la difficulté de nouer une relation exempte de malentendus.

Des demandes plurielles et potentiellement contradictoires

L'articulation entre la demande et l'offre de soin apparaît fréquemment perturbée par un dialogue qui échoue à évacuer les équivoques constitutives de la relation thérapeutique entre la personne alcoolodépendante, son entourage et le clinicien. Si le patient désire généralement la résolution rapide d'une crise, il ne veut ni ne peut, au moins dans un premier temps, entendre la demande de changement que lui adresse son entourage et le praticien. Pour ces derniers, il importe en effet que le sujet reconnaisse enfin son problème avec l'alcool, ce qui est très exactement ce qu'il ne peut faire, tant la stigmatisation réelle ou imaginaire qui s'y trouve associée est insupportable pour le patient. Ce malentendu fondamental se donne habituellement à voir et à entendre au travers de quelques situations régulièrement rencontrées dans la pratique. Sans prétention à l'exhaustivité, nous pouvons tenter de sérier rapidement celles-ci selon les différents acteurs.

Du côté de la personne alcoolodépendante

La dénégation et/ou la minimisation

Il s'agit ici du classique : "Tout va bien, je bois comme tout le monde. Ce sont les autres qui disent que je bois trop. Je vous assure qu'il n'en est rien...". On évoquera ici bien entendu les figures du déni et de l'apsychognosie pour tenter d'éclairer ce refus de reconnaître ses difficultés avec l'alcool pour le patient.

La demande d'aide "magique" sur fond de "crise"

Dans ce cas, le patient, souvent confronté à une crise majeure qui ne peut plus être occultée, vient solliciter l'aide d'un "praticien-sauveur" auquel le sujet vient demander une aide miraculeuse : "Sauvez-moi, c'est la faute de l'alcool". Si l'alcool est identifié ici comme cause des difficultés rencontrées, il reste que le sujet semble finalement absent dans la demande qu'il adresse au praticien. L'unique raison du malaise semble liée à l'objet alcool qu'il convient d'extraire, tel un corps étranger.

Le "discours-masque"

Ici, le patient formule une demande apparemment rassurante pour le clinicien : "J'ai compris, j'arrête et je ferai tout

ce que vous direz". Néanmoins, à y regarder de plus près, cette allégation paraît finalement s'enraciner dans l'adhésion, toute relative, au discours d'un tiers qui exige l'abstinence, plus qu'au réel désir de changement du sujet.

"Je suis alcoolique"

Dans ce cas, souvent associé au "déclic" rapporté au travers des témoignages de personnes devenues abstinentes, le patient a éprouvé une ou plusieurs expériences qui modifient de manière substantielle son rapport à l'alcool, à lui-même et au monde. Toujours éminemment singulier, ce point de basculement va profondément transformer sa vision de la situation. Cas sans doute le plus favorable à l'émergence d'un changement durable, faut-il encore que cette demande trouve un écho favorable auprès d'un tiers susceptible d'entendre et d'accompagner ce processus.

Du côté de l'entourage

La menace

On retrouvera ici les effets de l'exaspération que suscitent ces patients auprès de leur entourage, que celui-ci soit familial ou professionnel : "S'il ne s'arrête pas, je le quitte"; "S'il ne s'arrête pas, je le licencie". Sommé d'interrompre sa consommation, le sujet subit la pression, par ailleurs parfaitement compréhensible, d'un entourage qui voit dans cette menace la seule issue désormais possible.

L'injonction à l'hospitalisation

Variante de la "demande d'aide magique sur fond de crise", la sommation s'adresse ici au praticien : "Faites quelque chose, nous n'en pouvons plus...". Sous-entendu : "Hospitalisez-le". L'entourage, épuisé par les demandes de changement qui ne cessent d'échouer, sollicite une coalition avec le corps médical pour accroître la pression sur le sujet en difficulté avec l'alcool.

Du côté du praticien ou de l'équipe pluridisciplinaire

Le rejet

Conséquence fréquente d'attitudes contre-transférentielles mal maîtrisées, le rejet est souvent légitimé par une charge de travail et un souci d'efficacité qui imposerait au praticien d'éviter de "perdre son temps" avec un patient aussi rétif à ses conseils. Ainsi, les doutes et l'embarras que fait naître une relation qui met à mal la toute-puissance du thérapeute sont ici balayés et rationalisés au prétexte de la supposée

“mauvaise foi” de la personne en difficulté avec l'alcool. Les potentialités d'ouverture au changement que laissait entrevoir la rencontre se heurtent alors à une fin de non-recevoir implicitement ou explicitement formulée par le praticien.

Le discours moralisateur

Souvent corrélatif d'une position suspicieuse et inquisitrice, le discours du praticien vise ici à faire “avouer” le sujet en insistant sur les conséquences néfastes de ses difficultés avec l'alcool tant vis-à-vis de lui-même qu'auprès de son entourage. Bien souvent, ce type de propos contribue à renforcer un peu plus encore le déni chez un sujet déjà particulièrement sensible à la disqualification et à la culpabilité.

L'attentisme

Soucieux de respecter l'économie psychique du patient et de ménager le temps nécessaire à l'élaboration d'une hypothétique “prise de conscience” des difficultés avec le toxique et de l'échec de ses stratégies pour mettre en place une consommation contrôlée, il s'agirait ici d'attendre qu'une crise majeure se révèle pour qu'un dialogue enfin exempt d'équivoque puisse se mettre en place. Soulignons pourtant combien les non-dits qui marquent alors la relation intersubjective peuvent se révéler particulièrement pernicious en enfermant les protagonistes dans un jeu où secrets et malentendus risquent de se déployer durablement, ruinant ainsi tout rapport de confiance réelle.

La posture technicienne et réifiante

Il s'agit ici, en parfaite cohérence avec la perspective biomédicale, d'objectiver le plus clairement possible les troubles que présente le patient. Grilles d'évaluation, explorations biochimiques et fonctionnelles sont alors mises en œuvre pour quantifier des symptômes et envisager un traitement susceptible de réparer ce “corps malade”. Mais, sans minimiser l'intérêt d'une telle approche, celle-ci peut parfois conduire à occulter l'émergence de la parole du sujet sur lui-même.

La “psychologisation”

À l'opposé de la posture précédente, le praticien se focalise ici sur la souffrance psychique du patient considérant finalement l'alcool comme un épiphénomène : “L'alcool n'est que le symptôme d'une souffrance plus profonde”. Or, si l'on peut effectivement considérer que le recours à l'alcool trouve fréquemment son origine dans un mal-être existentiel profond, il reste que la prise en compte de cette seule dimension échoue habituellement à permettre au

sujet de s'engager dans une démarche de soin. Puisque le “vrai” problème se situe “ailleurs”, le patient continue généralement à s'alcooliser, augmentant ainsi les troubles liés à son alcoolodépendance et empêchant du même coup tout travail psychique approfondi.

Empathie et climat d'authenticité réciproque

Le patient trouve ici une écoute authentique et attentive qui constitue une invite à parler de ses difficultés mais aussi de sa passion pour l'alcool. Maisondieu est sans doute l'auteur qui a le plus finement analysé les effets du couple honte/mépris dans la relation intersubjective avec la personne alcoolique. Il précise : *“L'art de l'alcoolologue est de savoir mesurer la souffrance de son client au baromètre de sa propre humeur. Il est logique que le buveur excessif répugne à se reconnaître alcoolique et il est humain que son subterfuge agace”* (4 : 31). Lorsqu'à la honte de l'alcoolique le praticien offre une écoute congruente plutôt que le mépris qu'elle suscite habituellement, alors le dialogue peut s'instaurer. Néanmoins, si cette posture du praticien est sans doute la plus adaptée pour permettre l'émergence d'un changement chez le patient, il reste que ce dernier n'est pas toujours prêt à saisir immédiatement la main qui lui est tendue.

L'hypercomplexité des interactions susceptibles d'émerger à l'occasion de la première rencontre

Ces 12 modalités, loin d'épuiser les situations cliniques rencontrées, permettent cependant d'appréhender la complexité des combinaisons susceptibles d'apparaître à l'occasion de la première rencontre. Un rapide calcul montre en effet que ces situations peuvent donner lieu à 48 constructions intersubjectives possibles. La place manque bien évidemment ici pour examiner en détail le fonctionnement de ces triades interactionnelles. Néanmoins, il semble que ces configurations soient susceptibles de provoquer des phénomènes d'assemblages et de résonances (6) et qu'elles interagissent selon le schéma présenté dans la figure 1.

En outre, à la pluralité des combinaisons possibles vient ici s'ajouter la complexité des dimensions inconscientes liées à

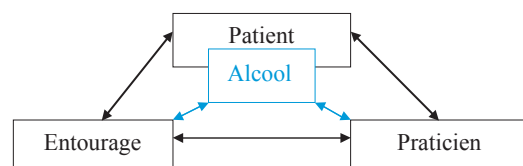


Figure 1. – Triades interactionnelles.

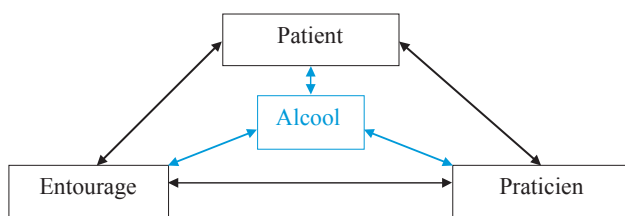


Figure 2 – L'alcool, un "objet tiers" dans la relation.

l'articulation des différentes demandes en présence. Par exemple, la question des liens entre besoin, manque, demande et désir enchevêtre encore un peu plus les rapports intersubjectifs entre les protagonistes (7 : 107-109). Pourtant, en dépit de la complexité de la situation, l'objectif du thérapeute sera de permettre que le sujet alcoolodépendant assume enfin la faille que symbolise le manque entre objet de besoin et objet de désir (8). Pour ce faire, il importe que le sujet puisse se décoller suffisamment de son objet de pourvoyance afin qu'un dialogue sur l'alcool puisse naître (figure 2).

L'alcool, ainsi devenu "objet tiers" dans la relation, permettra à chacun de se positionner de manière plus claire dans sa relation à autrui. Ceci suppose bien entendu la mise en œuvre d'un processus de caractérisation de soi comme "sujet alcoolique" pour la personne alcoolodépendante. Le plus souvent, remarque Fainzang, c'est un sentiment de "perte" et plus particulièrement la souffrance que génère le sentiment de "perte de dignité" qui sera le plus fréquemment retrouvé comme fondement de cette prise de conscience lorsque l'on écoute les récits des personnes devenues abstinentes : *"Il ne s'agit pas tant d'être diminué que d'être perçu par l'Autre comme étant diminué"* (9 : 55) précise l'auteur. Ici encore, les questions de la perception du regard de l'Autre et de la gestion du sentiment de honte qui s'y trouve associé jouent un rôle essentiel. Comme le suggère Maisondieu, il s'agit en fait pour le sujet de passer d'une étape où *"à la honte qui fait boire s'ajoute la honte de boire"* (4 : 54), empêchant de ce fait tout dialogue, à une phase où le sujet sera susceptible de *"dépasser la honte d'avouer qu'il est honteux"* (4 : 15). On mesure ici la délicatesse dont devra faire preuve le clinicien pour favoriser cette évolution.

Cependant, une fois ce processus engagé, il nous semble essentiel de permettre au sujet de dépasser cette seule prise de conscience afin de ménager les bases d'un possible travail sur le sens du recours à l'alcool. En effet, si l'on souhaite prendre au sérieux l'hypothèse selon laquelle l'utilisation du produit a pu, au moins dans un premier temps,

permettre de tenter de composer avec des difficultés existentielles suffisamment sérieuses pour qu'elles participent à l'installation d'une alcoolodépendance, il serait illusoire de considérer que ces difficultés se seraient finalement "dissoutes" au fil du temps dans sa maladie alcoolique. Il convient donc de permettre la réintroduction du sujet dans une histoire qui dépasse son seul rapport à l'alcool. L'enjeu est triple. En premier lieu, il importe de reconnaître à la personne alcoolique la capacité de porter un regard réflexif sur sa trajectoire en dépit des troubles éventuels liés à l'apsychognosie. C'est ici sa liberté de sujet d'imputation (10) et de décision qui se trouve ainsi préservée. En deuxième lieu, laisser ouverte la possibilité pour le patient de s'engager dans un travail de relecture existentielle (11) peut permettre de contrebalancer efficacement les effets parfois réducteurs du seul discours biomédical sur la maladie alcoolique. (7, 12). Enfin, le patient lui-même peut être porteur d'une demande de recherche de sens à laquelle le clinicien est invité à répondre. Or, il apparaît que cette question du travail sur le sens se heurte à plusieurs problèmes.

Accompagnement de la demande d'abstinence et travail sur le sens

La première difficulté recouvre bien entendu le repérage de cette éventuelle demande et la nécessité d'une implication volontaire de la part du patient. Or, toutes les personnes alcoolodépendantes n'éprouvent pas nécessairement le besoin de mettre en sens leur expérience avec le toxique et vont parfaitement se satisfaire de l'adhésion au discours biomédical sur la maladie alcoolique qui leur est proposé. Toutefois, lorsque cette demande est potentiellement présente, on sait combien l'accompagnement de cette dernière peut se révéler délicat. En effet, en plus des phénomènes de déni et d'apsychognosie déjà soulignés, ces patients rencontrent de réelles difficultés pour s'engager dans ce type de travail du fait des effets de renforcement qui ne manquent pas de s'opérer entre la perception du regard d'autrui, la honte qui s'y trouve habituellement associée, et l'existence d'une probable "faille identitaire précoce" à l'origine des troubles de l'estime de soi (2, 7, 15, 16).

En outre, les représentations dominantes à propos d'un éventuel travail sur le sens existentiel du recours à l'alcool qui se trouvent véhiculées par certains praticiens et/ou certaines associations néphalistes n'incitent guère ces patients à dépasser leurs propres résistances à s'engager dans cette voie. Dès lors, face à ces difficultés, comment faire émerger une demande de travail sur le sens alors même que le pra-

ticien chargé de l'accompagnement s'y montre généralement peu enclin tant il redoute que cette démarche éloigne le sujet de l'objectif pragmatique de rupture avec le toxique ?

Enfin, soulignons les difficultés techniques habituellement rencontrées à l'occasion du travail psychothérapeutique avec ces patients : pensée opératoire, pauvreté relative du discours introspectif, troubles narcissiques, relation "blanche" avec le thérapeute (2) semblent venir traduire la recherche d'une relation a-confliktuelle avec un clinicien dont le sujet espère qu'il viendra finalement combler tous ses manques. En miroir, "l'épreuve" que constitue ce travail souvent décevant pour le psychothérapeute ne tarde pas à faire naître les difficultés contre-transférentielles classiquement décrites. D'une autre manière, la psychothérapie de groupe semble donner de bien meilleurs résultats (1, 11). Mais, dans ce cas, le travail psychothérapeutique vise bien souvent à maintenir les patients dans un transfert idéalisant et fusionnant à l'égard du groupe, empêchant du même coup tout travail approfondi quant au sens singulier du rapport au toxique. Ainsi, le travail du groupe aboutit généralement à renforcer une identité collective de "malade alcoolique", sans doute particulièrement précieuse en termes de production d'abstinence, mais qui échoue généralement à favoriser le travail de relecture existentielle singulier dont pourraient bénéficier ces sujets. Pourtant, ce sentiment d'impasse quant aux possibilités cliniques de travail sur le sens du recours à l'alcool nous semble devoir être relativisé. Pour exemple, les travaux de notre regretté collègue et ami Legrand (12) et nos propres recherches (7) tentent de favoriser cette perspective via l'approche du récit de vie et de l'analyse de la trajectoire biographique des sujets alcooliques. Pour notre part, nous avons utilisé cette démarche, largement décrite ailleurs (7, 17, 18), dans le cadre de groupes d'histoires de vie auprès de personnes alcoolodépendantes hospitalisées en centre de désintoxication.

Le présupposé central qui fonde ici le recours à l'approche des histoires de vie s'organise autour des deux postulats suivants :

- la signification du recours à l'alcool ne saurait être dissociée de la prise en compte de l'histoire affective et sociale de la personne alcoolique ;
- cette histoire, sous réserve de l'usage d'un dispositif approprié, peut être réinterrogée et problématisée via le travail réflexif que favorise la narration et l'échange biographique au sein d'un groupe de pairs.

Dans cette perspective, nous faisons recours à un dispositif soigneusement contractualisé qui vise à exploiter les effets protecteurs du groupe au bénéfice d'un travail réflexif

ouvrant à un travail de relecture existentielle initié à partir d'un questionnement collectif autour de la place et du rôle de l'alcool dans l'histoire de chacun. Puis, les échanges menés dans le groupe vont bientôt déborder cette seule dimension pour ouvrir la réflexion sur des domaines pluriels impliquant les sujets au-delà de leur seul rapport au toxique. L'objectif est alors d'encourager la capacité des participants à "*passer du statut d'objet déterminé par l'histoire à celui de sujet produisant la sienne*" (19 : 11).

L'analyse des trajectoires biographiques des patients met en évidence le poids des renforcements mutuels entre phénomènes intrapsychiques et situations expérientielles et sociales dans lesquels se trouvent à la fois pris et engagées ces personnes (20). Enfin, l'identification et l'exploration d'éventuels nœuds sociopsychiques (21) ayant pu contribuer à l'installation de l'alcoolodépendance dans la trajectoire biographique des participants invite à un décodage de ces phénomènes avec les personnes concernées en explorant la dynamique de construction de ces sujets face à leur histoire, à leur généalogie, aux processus de transmission intergénérationnels et au poids des déterminations sociales dont ils ont pu faire l'objet.

Conclusion

Si la première rencontre avec le sujet alcoolodépendant constitue à l'évidence un moment privilégié pour tenter de rompre le silence et la gêne que fait naître la consommation irrépressible d'alcool, de contourner les malentendus qui peuvent rapidement s'installer entre les protagonistes, il reste qu'un dialogue sur l'alcool, aussi clair soit-il, peut également s'ouvrir à d'autres perspectives que la seule recherche d'une abstinence devenue nécessaire. Si le clinicien ménage une possible place à l'élaboration progressive d'un espace de construction de sens qui déborde les seules figures d'une perspective biomédicale de l'alcoolisme, le sujet alcoolique aura alors le choix d'explorer cette voie pour procéder à une reconstruction de sa trajectoire. Ce travail lui permettra de réorganiser son existence de manière plus lucide sans pour autant dénier les implications de son alcoolodépendance. L'approche biographique, sans exclusive, constitue l'une des voies possibles pour initier ce type de travail. ■

Références bibliographiques

- 1 - Descombey JP. Alcoolique, mon frère, toi. L'alcoolisme entre médecine, psychiatrie et psychanalyse. Toulouse : Privat, 1985.
- 2 - Descombey JP. Précis d'alcoolologie clinique. Paris : Dunod, 1994.
- 3 - Gagnard JY, Kiritze-Topor P. L'alcoolologie en pratique quotidienne. Melun, Laboratoires Meram, 1991.
- 4 - Maisondieu J. Les alcooléens. Paris : Bayard, 1992.
- 5 - Kiritze-Topor P, Bénard JY. Le malade alcoolique. Paris : Masson, 2001.
- 6 - Miermont J. Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques. Paris : Payot, 1987.
- 7 - Niewiadomski C. Histoires de vie et alcoolisme. Paris : Seli Arslan, 2000.
- 8 - Vachonfrance G. La psychothérapie de la maladie alcoolique. *Bulletin de la Société française d'Alcoolologie* 1988 ; (décembre, numéro spécial).
- 9 - Fainzang S. Ethnologie des anciens alcooliques. Paris : Puf, 1996.
- 10 - Ricoeur P. Le "soi" digne d'estime et de respect. In : Le respect. *Revue Autrement* 1993 ; (février, n° 10) : 88-99.
- 11 - Boisset B, Levental JY. Évaluation de l'utilisation de psychothérapies brèves de groupe dans l'approche du malade alcoolique alcoolodépendant. *Actualités psychiatriques* 1991 ; XXI (7) : 25-30.
- 12 - Legrand M. Le sujet alcoolique. Paris : Desclée de Brouwer, 1997.
- 13 - Niox-Riviere H, Audouin D. Réflexions sur l'autobiographie de l'alcoolique sevré. *Psychologie médicale* 1983 ; 15 (6) : 911-914.
- 14 - Audouin D. L'autobiographie comme outil thérapeutique. *Le journal des Psychologues* 1989 ; (64) : 38-40.
- 15 - Balint M. Le défaut fondamental (1968). Paris : Payot, PBP n° 44, 1991.
- 16 - Brisset C. Existe-t-il une structure psychologique particulière chez les alcooliques graves ? *Revue de l'alcoolisme* 1978 ; 24 (3) : 159-164.
- 17 - Niewiadomski C. À la recherche d'un espace de construction de sens : l'histoire de vie. *Le journal des Psychologues* 1996 ; (141) : 25-29.
- 18 - Niewiadomski C. Une expérience de l'approche "histoire de vie". *Le journal des Psychologues* 1996 ; (141) : 34-37.
- 19 - De Gaulejac V. L'histoire en héritage. Roman familial et trajectoire sociale. Paris : Desclée de Brouwer, 1999.
- 20 - Pineau G, Le Grand JL. Les histoires de vie. Paris : PUF, 1993.
- 21 - De Gaulejac V. La genèse sociale des conflits psychiques. In : Niewiadomski C, de Villers G. Souci et soin de soi. Liens et frontières entre histoires de vie, psychothérapie et psychanalyse. Paris : L'Harmattan, 2002.