

# La tristesse de la rechute

Après une période d'abstinence, Lucie rechute, ce qui la plonge dans une profonde tristesse. S'appuyant sur les aspects psychodynamiques de la rechute, son psychanalyste lui suggère de « pleurer plutôt que boire ».

C'est la première fois que j'assiste à une telle crise de sanglots, vibrants, émouvants. Ils emplissent la pièce de leurs sonorités poignantes, se réverbérant presque en une douloureuse mélodie qui frappe mes oreilles de façon incoercible, dans une modulation passant de l'aigu au grave, et me met très mal à l'aise pendant de longues minutes.

Lucie, 52 ans, a entrepris une psychanalyse depuis trois mois. Elle a immédiatement arrêté de boire après la 2<sup>e</sup> séance parce que, dit-elle, « *quelqu'un l'a écoutée* ».

Je me méfie toujours de ce genre de déclarations tonitruantes qui signifient certes un transfert massif, mais labile et bien versatile. Aujourd'hui, elle exprime « *sa tristesse d'avoir rechuté dans l'alcool* » et n'en comprend pas les raisons. Non seulement elle s'en veut, n'est pas fière, mais elle se sent déprimée, abattue, d'humeur maussade et surtout très triste. Elle insiste sur ce dernier affect !

Près de la moitié de sa famille (du côté masculin) présente une alcoolodépendance

de type II de Cloninger (1), avec des antécédents antisociaux et une consommation d'autres toxiques. Lucie, sans doute dans une visée réparatrice, travaille comme assistante sociale dans un service d'enfants et fait tout ce qu'elle peut pour échapper à son destin. D'où sa très forte « *crise de tristesse* ».

## UN FORT COEFFICIENT D'ACCROCHAGE

L'alcool est une drogue dure, il ne faut pas se voiler la face, même si le lobby des alcooliers pèse lourd dans les décisions politico-économiques et soutient certains candidats à diverses élections... Jeune médecin hospitalier, il m'arrivait souvent de calculer ce que j'appelais le « coefficient d'accrochage » (ou de dépendance) à la drogue, c'est-à-dire le nombre de patients qui rechutaient dans les douze mois d'une cure de sevrage. Les chiffres avoisinaient les 70 %. En effet, l'attention de la plupart d'entre eux est presque immédiatement attirée par tout ce qui concerne l'alcool (conditionnement attentionnel). Ils présentent par ailleurs un déficit de leur système inhibiteur, ce qui limite leur capacité à s'interdire de boire à nouveau. Pour élégante qu'elle soit, cette façon de voir n'a pas grande valeur explicative ni préventive à nos yeux. Même si l'on insiste sur un schéma comportemental quasi-mécanique qui provoquerait la rechute. En effet, il n'interroge en rien les aspects psychodynamiques de la rechute et l'atteinte à l'Idéal qu'elle produit dans l'intrapsychose.

© Christophe Hohler.

---

**Dominique BARBIER**

Ancien chef de service des hôpitaux psychiatriques, ancien chef de pôle, psychanalyste, hypnothérapeute, addictologue, Avignon.





### « TÉTER SON POUCE »

La personne alcoolodépendante boit... La problématique du stade oral va déployer ici toute sa pathologie psychodynamique. Faisons un détour par cette notion, qui englobe la frustration, le sevrage et la capacité d'élaborer le vide en manque qui va propulser le désir. Auparavant, il semble nécessaire d'évoquer les notions de mère « *suffisamment bonne* » (Winnicott, 2), et d'« *appareil à penser les pensées* » (Bion, 3).

Le bébé émet des éléments bruts, insensés (les éléments *bêtas*) que sa mère va, dans un premier temps, accueillir par sa fonction contenante, pour les lui restituer peu à peu en leur donnant une signification. L'appareil psychique de la mère, capable de penser les pensées, va ainsi apporter du sens à ce que le tout-petit projette à l'extérieur. Cette fonction (dite *alpha*) de la mère renvoie à l'enfant des éléments *gammas*, c'est-à-dire métabolisés qui donnent sens à ce qu'il vit et ressent. C'est aussi la fonction de l'interprétation psychanalytique qui libère en s'inscrivant en lettres de feu dans l'inconscient.

Cet « *appareil à penser les pensées* » mobilise ainsi deux fonctions opposées : la fonction *bêta*, où s'exprime le noyau psychotique du bébé (qui correspond à « *la chose en soi* », 4), tandis que la fonction *alpha* donne sens, organise peu à peu la vie psychique du bébé (au sens kantien, cela correspondrait plutôt au « *phénomène* »). Il y a donc une possibilité dans la vie psychique, et particulièrement dans l'interaction mère/bébé, de transformer le plomb en or..., de même dans l'alchimie qui s'opère dans l'acte thérapeutique si le clinicien parvient et accepte d'être pour le patient une « *mère suffisamment bonne* » et donc de bonifier, les éléments bruts apportés par la personne alcoolodépendante.

Ces éléments qui vont être mentalisés sont par exemple des tableaux sensoriels, des traces mnésiques, la manière d'être porté, les images sonores ou visuelles. Mais c'est surtout le bain de paroles qui les accompagne et l'expérience globale et quotidienne de la prime enfance sur laquelle le bébé peut s'appuyer et qui lui permet de rêver. Or la personne alcoolodépendante ne rêve pas, boit et préfère prendre la bouteille pour s'anesthésier plutôt que son pouce, comme substitut. Incapable de faire comme si elle téait, elle n'a pas accès au déplacement du symbolique et ses mots sont privés de chair! Elle ne peut pas faire de ses nuits

© Christophe Hohler.

ni de son sommeil un lieu d'hallucination compensatrice qui lui permettrait d'assouvir ses désirs comme nous le faisons dans nos rêves, ce qui normalement se construit dans le psychisme du tout-petit. À notre avis, parce qu'elle a été mal sevrée et en veut à sa mère persécutrice. Et c'est ce que ce patient, bien plus tard, va chercher à régler avec son thérapeute, en mettant à mal cette problématique archaïque, révélée dans le transfert... Il éprouve ainsi la solidité narcissique du clinicien.

Dans une lutte qui caractérise la relation addictive, le surmoi cruel du patient inflige des sentiments négatifs à l'analyste, mais aussi à lui-même. C'est le mécanisme destructeur bien connu de la jouissance qui se met en place. Associant l'autoflagellation, la névrose de destinée (5) du patient alcoolodépendant est ainsi faite de répétition, de malaise, de honte, de dégoût, de culpabilité, mais surtout de tristesse.

Que peut faire le thérapeute, face à cette incapacité du patient à « téter son pouce », à élaborer son vide et à rechercher un substitut ? Peut-il vivre longtemps dans l'inconfort de son incompétence, lui qui a souvent l'impression qu'il ne peut rien ? Certes, il peut se raccrocher à la métaphore du tout-petit qui apprend à marcher. Il est vrai que prétendre qu'un enfant ne marchera jamais au motif qu'il chute est un non-sens. Mais dire « *qui a bu boira* » n'est pas forcément dans la même logique : la rechute du buveur vient signifier la faillite de l'idéal. Et Lucie, un jour qu'elle m'exaspérait par ses alcoolisations itératives, a provoqué de ma part la réaction suivante dite avec toute la conviction de la parole pleine : « *Vous feriez mieux de pleurer, plutôt que de boire !* »... Cette violence de l'interprétation l'a laissée sans voix et à la séance suivante, elle a commencé à parler de sa tristesse, celle qui se rejouait dans chaque rechute, mais aussi, celle qui était au-dedans d'elle. Élaboration du vide en manque... Substitution du pouce de la parole au silence de la bouteille !

## S'OUVRIR AU MONDE

C'est ainsi que, peu à peu, j'ai assisté à l'élaboration de la tristesse de Lucie et de ce que j'appelle la supplique adressée à la mère.

**Résumé :** Au fil de séances de psychanalyse, Lucie, une patiente alcoolodépendante, qui vient de rechuter, l'auteur explore les mécanismes psychodynamiques de la rechute, marqués par les problématiques du stade oral : frustration, sevrage, capacité d'élaborer le vide en manque, qui va propulser le désir et l'élaboration sur la tristesse.

**Mots-clés :** Alcoolodépendant – Capacité de réverie – Cas clinique – Hypnose – Interprétation psychanalytique – Préoccupation maternelle primaire – Rechute – Stade oral – Transfert – Tristesse.

Mal sevrée, elle ne supportait pas la frustration. Lucie avait de nombreux médicaments prescrits par son généraliste, parmi lesquels du baclofène et de l'Aotal® (médicaments du sevrage alcoolique, ciblant l'envie de boire), des anxiolytiques et antidépresseurs. Or, avec ces derniers, l'absorption d'alcool est formellement déconseillée. Il semble que le prescripteur oublie souvent que le patient est en quelque sorte déjà dans l'automédication pour les bénéfices anxiolytiques et antidépresseurs de l'alcool, même si, dans un second temps, il en subit les effets adverses biphasiques... Notons que, comme par hasard, les médicaments renvoient au stade oral, dans une sorte de « fonction eucharistique », le médecin se prescrit un peu lui-même en prescrivant des médicaments !

J'ai donc proposé à Lucie d'arrêter progressivement son traitement, ce qu'elle a fait de bonne grâce en avertissant son généraliste. En parallèle, je lui ai expliqué que je ne l'abandonnais pas, que je l'aiderai à traverser sa dépression et son mal-être et lui ai proposé des séances d'hypnose, qu'elle a acceptées.

Nous avons d'abord travaillé la suggestion. Elle s'est retrouvée en vacances à la plage, berçée par la mer, puis peu à peu, elle a découvert sa zone refuge et enfin, accepté de ne rien faire ! Durant son état de transe, j'ai martelé à plusieurs reprises « *il existe d'autres remèdes que les médicaments* » et souligné que la condition humaine nous condamnait à investir. Ce travail a peu à peu porté ses fruits.

Lucie pleure souvent, accepte ses larmes et sa tristesse immense. Mais les larmes n'appellent-elles pas la consolation ? Elle part aussi faire de la marche, voir des amis, a changé ses relations, et cultive un jardin... Son « pouce » lui sert de plus en plus à écrire plutôt qu'à boire autant d'alcool. Même si elle continue à consommer, il lui arrive de rester tempérante des journées entières. La fierté a remplacé la tristesse. Lucie a découvert l'importance des pleurs pour la consolation et dénonce le mythe de la consommation contrôlée. Elle s'achemine lentement vers le pardon à ses parents en même temps qu'elle se pardonne à elle-même.

## CONCLUSION

Le thérapeute doit s'appuyer sur le travail de contenance et sa fonction *alpha*. Il accepte dans un premier temps de recevoir les éléments bruts du patient, puis de les bonifier peu à peu en leur donnant du sens. Dans l'après-coup, il les lui restitue dans une interprétation qui va le faire cheminer. Consciemment et inconsciemment, à son rythme, le clinicien accepte ce que le patient dépose en lui, et ce dernier investit dans sa capacité thérapeutique. Son rôle est ainsi de contenir l'entropie de son système symptomatique et de la transformer, d'en faire quelque chose de signifiant pour le patient et lié aussi à sa propre expérience. Ce qui n'était pas inscriptible par le psychisme du patient le devient. Lucie peut s'y appuyer pour grandir, anticiper, se représenter le monde qui l'entoure, les autres, elle-même, ses besoins, ses désirs et ouvrir ainsi son champ de conscience à l'Altérité.

À condition de situer cliniquement la tristesse qui s'inscrit dans la rechute, le thérapeute peut transformer le plomb de la dépendance en or de la libération !

1– Cloninger distingue deux types d'alcoolisme en fonction de la génétique : le type II est associé à des conduites impulsives et antisociales, à des consommations de toxiques autres (héroïne, cocaïne), à début précoce, associé à des antécédents familiaux nombreux et probablement sous-tendu par des facteurs génétiques. Le type I est à début plus tardif, sans conduites antisociales ni consommation de toxique et sans antécédents familiaux, probablement sous-tendu par des facteurs environnementaux. Pour plus de précisions, voir Adès J, Lejoyeux M. *Conduites alcooliques : aspects cliniques*, Encycl Méd Chir, Psychiatrie, 37-398, A-40 1996.

2– Selon Winnicott, *La mère suffisamment bonne*, Petite Bibliothèque Payot, 2006.

3– Nicolas Geissmann, *Découvrir W. R. Bion*, Toulouse, Erès, 2001 (fonctions alpha et bêta, p 99 à 115).

4– Kant E. *Critique de la raison pure*, Garnier/Flammarion, 1987.

5– Il s'agit de scénarios de vie qui se répètent et qui donnent l'impression qu'un destin funeste s'attache à la perte du patient. La fatalité officiellement externe est en réalité en lien avec la compulsion de répétition, qui trouve son origine dans l'aspect punitif de la pulsion de mort en rapport avec le masochisme très profond de l'alcoolodépendant,