



Collège Régional des Alcoologues Aquitains

Siège social : 139, rue Lecocq 33000 – Bordeaux
Numéro Formateur : 72 33 06455 33 – SIRET : 482 881 018 000 14

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

ALCOOL, SENSUALITÉ ET SEXUALITE

Pessac, Mercredi 6 octobre 2004

PROGRAMME.

Introduction Pr Gérard Ostermann, Président du CRAA	p. 3
 Séance plénière	
Une lecture clinique de l'œuvre ultime de Malcolm LOWRY Dr Lionel Bénichou, psychiatre (Orthez)	p. 6
Eros en errance Dr Michel Faruch, psychiatre (Toulouse)	p. 12
Aborder la question de la sexualité dans les consultations d'alcoologie Dr Emmanuel Palomino, psychiatre (Jonzac)	p. 27
Ivresses conjugales Dr Philippe Brenot, psychiatre (Paris)	p. 37
 Ateliers	
Atelier 1 : « Les perversions, histoire d'un concept ». Dr Michel Faruch, psychiatre (Toulouse)	p. 44
Atelier 2 : « Relaxation et sexualité ». Dr Philippe Brenot, psychiatre (Paris)	p. 54
Atelier 3 : « Abus sexuels et alcool ». Dr Christophe Lagabrielle, psychiatre (Bordeaux)	p. 62
 Synthèse de la journée Pierre-Marie Lincheneau, psychologue (Bordeaux)	 p. 65

Introduction de la Journée.

Gérard OSTERMANN,

Professeur Agrégé de Thérapeutique – C.H.U. de Bordeaux
Psychothérapeute, Bordeaux.

On peut se demander quel est cet obscur objet de notre désir qui nous a fait aborder un sujet aussi difficile, aussi délicat que « **Alcool, sexualité, sensualité** » tant il est vrai que les quatre lettres qui constituent le mot sexe peuvent déclencher toutes les passions et toutes les résistances. Et on sait bien qu'avec l'alcool, tout est soluble. Michel Equeym de MONTAIGNE disait « il est de ces choses dont on parle tout juste entre les dents ». C'est vrai que c'est un sujet difficile à traiter mais nous aurons aujourd'hui des orateurs prestigieux, des sexologues même si je n'aime pas trop ce mot, des praticiens de l'amour humain, qui vont nous aider à y comprendre quelque chose.

J'aurais envie de poser des questions au ras des pâquerettes : qu'est-ce qu'une sexualité normale ? qu'est-ce qu'une sexualité accomplie, réalisée ? et encore plus quand il y a de 'l'alcool dans le circuit ?

C'est un sujet difficile à traiter d'abord parce qu'il touche des disciplines différentes : l'alcoologie, la sexologie. On est dans le champ du transdisciplinaire. Difficile à traiter parce que manifestement les faits de publication, d'observation et a fortiori d'expérimentation sont peu nombreux en regard des théories qui foisonnent, voire des spéculations ou des préjugés. Difficile aussi parce qu'alcool et sexualité entretiennent des rapports étroits à la fois chez le sujet dit « normal » et chez l'alcoololo-dépendant, a fortiori chez celui qui s'est engagé dans une voie d'abstinence totale. La limite entre normal et pathologique est parfois plus ténue, plus fine qu'un capuchon de latex. Difficile également parce que de tous temps, de toutes cultures, alcool et sexe ont joué sur un double versant, à la fois de la valorisation et de la condamnation. En France aujourd'hui, alcool et sexe entretiennent un rapport manifestement ambivalent. *

Je citerai tout de suite Michel FARUCH qui disait qu'évoquer alcool et sexualité c'est tenter d'élaborer à travers le lien malade alcoolique / alcool ce qui ne peut être dit, ce qui ne peut être parlé, ce qui ne peut être agi ; c'est constater la dissolution de soi dans l'acte de plaisir. On sait que l'alcool au début va pallier les difficultés puis va les aggraver. Des réputations se transmettent, on dit que l'alcool est un euphorisant et un aphrodisiaque. Je me réfère à un livre magnifique, écrit par Lionel BÉNICHOU, *La fête, ses rites et l'alcool*. Cette notion montre clairement la contradiction entre culture et nature. Le paradoxe avait été pointé déjà par William SHAKESPEARE. Dans *Macbeth*, acte II, scène 3, un portier utilise la boisson pour qu'on ne puisse pas le réveiller en pleine nuit ; il déclare que la boisson provoque « le rouge au nez, le sommeil et l'urine, et la luxure ». Et il dit « la luxure, Monsieur, ça la provoque et la dé-provoque ». Cela provoque le désir mais cela diminue la performance. Nous ne sommes plus à l'époque élisabéthaine et il est clair que l'alcool en tant qu'aphrodisiaque est manifestement surfait. L'alcool est un excitant sexuel plus par l'idée qu'on s'en fait qu'intrinsèquement.

Rappelons-nous Georges BRASSENS : « la bandaison, Papa, ça ne se commande pas ». Quand Tonton Georges dit qu'il ne bande plus quand il pense à Lulu, faut-il pour autant en déduire qu'il vit une dysfonction sexuelle, une perturbation de sa sexualité, parce que, quand il pense à Fernande...

Cela veut dire qu'il va falloir, à travers des entretiens et une relation, avoir des investigations complémentaires. L'alcool souvent, et la sexualité d'autant plus, on peut en parler en fanfaronnant, avec des mots crus plein la bouche, des gauloiseries qui sont une façon de se défendre. Un autre en revanche irait tous les samedis à confesse. Il faut donc être prudent dans l'approche de cette question de la sexualité. On dit souvent que la sexualité chez les alcooliques se fait sans ambiance amoureuse, sans préparation véritable ; selon le mot de Karl KRAUS, le coït serait chez l'alcoolique le *succédané* – à entendre dans sa résonance phonétique – de la masturbation. En clair, le conjoint serait à ce moment, pour l'alcoolique, le prolongement de la main. Je pourrais dire « le maintenant » parce que c'est dans l'instant que cela se situe et il y a effectivement une sorte de violence primitive pulsionnelle.

Si on pense à l'alcool dans ses résonances psychopathologiques, pour nommer l'alcool, on parle de « l'eau ardente », de « l'eau de feu », qui au fond conjugue deux des éléments les plus opposés, les plus incompatibles et pourtant les plus intimement complices de notre cosmogonie imaginaire. LEVI-STRAUSS a dit que l'opposition eau/feu est en correspondance symbolique avec la différence des sexes et que c'est cette stabilité de l'opposition eau-feu qui permet la succession des générations. Quand il n'y a pas cette stabilité, qu'à la limite il y a conjonction, on serait plutôt du côté de l'inceste et de la mort. Bachelard a parlé de *la chimie matrimoniale commune* entre l'eau et le feu ; citant BALZAC, il disait « je crois que l'eau est un corps brûlé » ou Novalis « l'eau est une flamme mouillée ». Bachelard citait cette phrase superbe et poétique : « quand l'alcool flambe un soir de fête, il semble que la matière soit folle ; il semble que l'eau féminine ait perdu toute pudeur et qu'elle se livre délirante à son maître le feu ». Cela nous renvoie, nous sujets je l'espère oedipiens, à la notion que l'alcool nous met face à la scène primitive, un peu comme dans *L'homme au loup*, nous en serions spectateurs. Mais l'alcoolique en est acteur. Dans cette scène là, dans la relation, il cherche l'équation non pas $1 + 1 = 2$ – ce n'est pas encore le couple qui serait $1 + 1 = 3$ – mais lui cherche $1 + 1 = 1$. C'est à dire à faire du même, faire de l'un, revenir à l'état d'œuf, là où il était « plein comme un œuf ». La notion d'une totalité. Bien des auteurs ont écrit sur l'alcool fétiche, c'est convaincant. Que l'alcool soit un totem, les Alcooliques Anonymes le disent clairement : ils le portent, ils l'annoncent, perpétuellement. Selon un processus métaphorique extraordinaire, pour que le fétiche devienne totem, il faut qu'il soit tabou. C'est-à-dire interdit. C'est cette coupure qui va permettre ce saut métaphorique qui correspond peut-être à notre rêve alchimique de la transmutation.

J'ai commencé avec SHAKESPEARE, je terminerai avec SHAKESPEARE dans *Comme il vous plaira* : « je t'en prie, fais sauter le bouchon de ta bouche afin que je puisse boire ton secret ».

Des secrets, nous en aurons, livrés par des orateurs prestigieux,

- Lionel BENICHOU. Il est notre Président, presque notre Totem, au Collège Régional des Alcoologues Aquitains. Il a apporté énormément en alcoologie dans le Sud-Ouest. Sa présentation peut-être n'a pas à voir directement avec « alcool, sexualité, sensualité » mais avec ce que Malcolm LOWRY appelait *la souffrance indicible qui plonge aux racines de l'être*. On ne peut pas aborder le sujet sans s'imprégner de cette souffrance indicible.

- Michel FARUCH. Vice-Président de la Société Française de Sexologie, il occupe une place importante dans le Sud-Ouest. Sa clinique, à Castelvienne, est connue sur le plan de la psychiatrie et tout particulièrement de l'alcoologie. Je le remercie chaleureusement d'être avec nous pour parler des « Errances d'Eros ». Il nous offre aussi de consacrer à cette Journée C.R.A.A. un numéro spécial de la revue qu'il dirige, *Le Journal*, une revue de psychiatrie remarquable, qui nous permet et de penser et de rêver tant elle est pertinente et souvent très bien écrite.

- Emmanuel PALOMINO. Il va se mouiller. Il nous dira comment cela se passe en pratique en consultation, « Comment aborder la question de la sexualité », faut-il en parler ? quand en parler ? comment ?

- Philippe BRENOT. On entend partout sur les ondes, à la radio, chez Mireille DUMAS, Jean-Luc DELARUE, même Les Grosses Têtes. Auteur d'un grand nombre d'ouvrages, il est aussi éditeur à *L'Esprit du Temps* et vient de sortir un magnifique ouvrage auquel Michel Faruch a participé, *le Dictionnaire de la Sexualité Humaine*. A propos du couple, il abordera, je pense, la question 'faut-il de l'ivresse amoureuse ?', à relier avec l'ivresse alcoolique.

Cet après-midi, un enseignement dirigé Questions-Réponses.

Séance Plénière

Sous la présidence de :

Lionel BÉNICHOU , Psychiatre – Orthez

Michel FARUCH, Psychiatre, Psychanalyste – Toulouse

Vice-Président de la Société Française de Sexologie

Modérateurs :

Jean-Jacques CORNU, Médecin – C.H. Montpon-Ménéstérol

Colette LORTET, Médecin – Bordeaux

Une lecture clinique de l'œuvre ultime de Malcolm LOWRY

Lionel BÉNICHOU , Psychiatre – Orthez

Je vais essayer de défendre cette idée qu'on peut trouver de la clinique dans la littérature, de la clinique alcoologique, de la clinique psychiatrique aussi.

Ultime ?... Avec Malcolm LOWRY, il est difficile de le prétendre. Lowry a une idée, il écrit un texte, le déchire, recommence, perd le manuscrit, reprend son idée quelques mois plus tard, écrit un nouveau texte, retrouve le précédent, s'en inspire... Regrette... Recommence... Pendant ce temps-là, de multiples souffrances phobo-obsessionnelles le torturent et il boit abondamment...

À 48 ans, il met un terme barbiturique à sa vie. Il était né en 1909 en pays de Galles. Mis à part le grand-père maternel norvégien, capitaine dans la marine marchande de son pays, Malcolm Lowry jouissait d'une bourgeoise ascendance britannique (et de l'éducation qui va avec).

Le grand-père capitaine insuffle à son petit-fils l'appel du large. À 18 ans Malcolm s'engage comme homme de pont sur un cargo en partance pour la Chine et le Japon. Il y contracte le virus de l'errance planétaire, fait la découverte du prolétariat et des autres cultures avant de reprendre des études, brillantes, à Cambridge. En 1933, à 24 ans, Il commence à écrire des textes publiables ...

Ultramarine est un premier roman inspiré par son expérience de matelot. Il s'engage ensuite dans la rédaction de son Grand Oeuvre qui va l'occuper le restant de ses jours. Dans ses écrits Lowry ne cesse pas de faire référence au désespoir et aux contre-mesures alcooliques qu'on y oppose...

Son ambition d'auteur est d'écrire une « Divine comédie ivre », dont la pièce principale sera *Under the vulcano* dont le premier titre français est *En dessous du volcan*. Avec ce livre, Lowry, féru de cabale, nous lègue un chef d'œuvre de la littérature du XX siècle. L'auteur croit au pouvoir mystérieux des nombres : douze chapitres d'alcool et d'amour dont l'action se déroule en douze heures, le 2 décembre 1938 à l'ombre du volcan Popocatépetl au Mexique.

En dessous du volcan est l'Enfer de la " Divine Comédie " de Lowry, *Lunar Caustic* en représente le purgatoire.

Nous ne connaissons jamais le " Paradis " qui fut détruit dans l'incendie d'une roulotte, en Colombie britannique où l'auteur et sa deuxième épouse avaient élu domicile à partir de 1939. (On doit d'ailleurs à cette épouse le sauvetage du manuscrit concernant *En dessous du volcan*)

En 1934, Lowry avait été hospitalisé quelques heures dans le service de psychiatrie de l'hôpital Bellevue à New York. Cette brève expérience féconda l'idée d'une nouvelle, écrite et re-écrite plusieurs fois jusqu'à la fin de son existence et qui resta avec le titre de *Lunar caustic*.

Quelle version choisir ? Deux versions de la même nouvelle sont accessibles dans le même volume. La première, *Le caustique lunaire*, fut publiée en français sous ce titre, du vivant de Lowry. Son dénouement laisse présager un rebondissement positif en dépit de l'immédiate re-alcoolisation du héros à sa sortie d'hôpital. La seconde version est *Lunar caustic*, publiée par la veuve de Lowry, après son décès, à partir des ultimes manuscrits remaniés par l'auteur. Cette version abandonne au bas de la dernière page le héros « **se recroquevillant comme un embryon dans le coin le plus obscur du bar, soustrait aux yeux de tous.** »

Bill, le héros, est un pianiste de jazz anglais et alcoolique qui a perdu (?) son orchestre dans le grand New York et qui se retrouve en psychiatrie, à l'hôpital Bellevue, au bord de l'East River ...La vieille épave d'une péniche de charbon gît, éventrée, envasée près des murs de l'hôpital et joue un rôle symbolique important dans l'histoire.

Bill est, à n'en point douter, un double de Lowry, comme l'est Geoffrey le consul britannique dans *En dessous du Volcan*. Bill est aussi un double des héros admirés par l'auteur : Melville (l'auteur de *Moby Dick*) et Bix Beiderbecke, musicien de jazz alcoolique, pianiste et surtout trompettiste dont la carrière fut interrompue en 1934 par une pneumonie mortelle (l'année où Lowry fut hospitalisé à Bellevue). Bix Beiderbecke, au petit matin d'une nuit musicale alcoolisée, enregistra au piano *In a mist... - Dans un brouillard...*, thème que Bill-Lowry, en cours de récit, va interpréter pour ses compagnons de l'hôpital Bellevue...

Quel est l'intérêt clinique des écrits de Malcolm Lowry et en l'occurrence, de « *Lunar caustic* » ?

Il y a quelques années, lors d'un colloque consacré à l'ivresse, organisé par notre regretté collègue le Professeur Yves Pélicier, j'avais essayé de souligner l'intérêt de certaines pièces littéraires pour appréhender les modifications du temps vécu sous ivresse chez les sur-consommateurs d'alcool devenus dépendants. J'avais fait appel pour cela à William Styron et (déjà) à Malcolm Lowry.

Dans *Lunar caustic*, il m'apparaît que Lowry illustre les états d'altération de la conscience qualifiés d'**oniroïdes** par les psychiatres classiques et de façon très insatisfaisante qualifiés "d'états schizophréniformes" par les successifs consensuels DSM... .

Les états oniroïdes caractérisent «des activités psychiques où sont intriqués des modes de pensée vigile et des modes de pensée hypnagogique» précisait, il y a près de huit décennies, à Paris, le psychiatre de l'infirmerie du dépôt de la Préfecture de police : Gaétan de Clérambault. Ces états ont fait l'objet d'un remarquable rapport de mon maître Sven Follin au congrès de psychiatrie de Nancy en 1963. je cite Sven Follin : « ...La réalité s'estompe pour être éprouvée comme un rêve... ...Il se perd toute référence possible du subjectif et de l'objectif... sans véritable état confusionnel. La conscience n'est pas confuse, elle est crépusculaire...Elle est distraite, car elle est concentrée sur une thématique délirante.... Le fortuit des événements perd toute sa neutralité pour ne concerner que le sujet qui, ainsi, **s'éprouve lui-même comme étant le centre du monde.** »

Exemple. Au début du texte de *Lunar caustic*, Bill, le héros de l'histoire, erre de bar en bar autour de l'hôpital avant de se décider à en passer la porte: « **Dans une rue proche du quai où une cloche tinte, il s'arrête un instant; une horrible vieille femme, dont la figure ravagée se dissimule en partie sous un voile noir, essaie de jeter une lettre à la boîte, essaie à plusieurs reprises, échoue, mais pour finir, réussit à la poster de ses mains tremblotantes qui ne ressemblent en rien à des mains. Une idée bizarre le frappe : cette lettre pourrait être pour lui. Il boit une gorgée à la bouteille.** »

Lowry démonte admirablement le mécanisme de la façon d'être au monde, de Bill qui est bien, et je cite Follin : « bloqué dans sa subjectivité intime, incapable comme le sujet normal de dépasser l'apparence des choses, d'en situer l'objectivité, il est renvoyé à sa propre angoisse... »

Et l'anti-angoisse de référence pour Bill est bien de « boire une gorgée à la bouteille ».

Follin précise aussi le sens de la catastrophe existentielle du délire oniroïde : « Les événements fortuits perdent leur neutralité pour concerner spécifiquement le sujet qui, alors, s'éprouve comme étant le centre du monde. »

La rencontre de la vieille femme qui poste une lettre précède de peu l'entrée de Bill à l'hôpital : « **C'est là son objectif, portant la bouteille à ses lèvres, il prend une abondante gorgée finale ; des filets de liquide coulent le long de son cou, se mélangent à la sueur...Avec le fracas frémissant d'un vaisseau lancé contre les récifs, la porte se referme derrière lui.** »

Mais dans l'hôpital commence un sevrage sans assistance ... Et Lowry raconte : «**L'homme qui avait donné le nom de Bill Plantagenet ... S'éveilla, certain d'une chose : il était sur un bateau. Sinon, d'où seraient venus ces bruits isolés stridents, ce vacarme de fer frappant du fer ? Il reconnut le ruissellement de l'eau contre les hublots, les pas pesants qui martelaient le pont, au-dessus de lui le continuel Frère Jacques Frère Jacques des machines. Il était sur un bateau qui le ramenait en Angleterre, que de toute façon, il eut mieux fait de ne jamais quitter. Puis il prit conscience de son propre corps malodorant, qui frissonnait. La lumière du jour darda ses flèches douloureuses contre ses paupières. Il les souleva et vit trois matelots noirs qui lavaient le pont vigoureusement. Il referma les yeux « impossible » se dit-il...**(Il se rend compte que l'espace qui l'entoure ne peut, en aucun cas, être celui d'un bateau)

...Le tintamarre devenait plus intolérable... L'équipage semblait se multiplier d'étrange façon. Des hommes de plus en plus nombreux, contusionnés, blessés et toujours ivres, que des premiers maîtres chassaient dans la coursive, tombaient, vociférant face contre-terre, ou bien s'endormaient brusquement sur leurs couchettes.

Il s'était réveillé. Qu'avait-il fait la nuit précédente ? Joué du piano ? Etait-ce vraiment la nuit précédente ? Rien du tout peut être.

Pourtant le remords lui lacérait les entrailles. Il avait besoin de boire, désespérément... »
« Oui ou non ses yeux se fermaient-ils ? Des formes hideuses s'élançaient hors des couvertures en bredouillant en frottant leurs poils contre son visage, mais il ne pouvait absolument pas remuer ...Des voix, une prosopopée de voix refluaient, revenaient, des caquetages des cris, des cajoleries ; des voix qui l'exhortaient à ne plus boire, à mourir, à se damner. ...» Les hallucinations se compliquent : « **Sur un lit en désordre, maculé de sang, dans une maison à la façade soufflée, un énorme scorpion violait avec gravité une négresse manchote. Sa femme lui apparut le visage inondé de larmes, pleine de pitié mais pour se métamorphoser en un Richard III qui bondit de l'avant, prêt à l'étouffer. "**

Là, pour Bill, va s'arrêter l'expérience délirante oniroïde " ... le rêve délirant, ineffable, magique, sensorialisé, kaléidoscopique, remplit une conscience altérée et pour tout dire crépusculaire..." (Sven FOLLIN)

À propos de cette expérience, on peut soupçonner la grande responsabilité du sevrage car Bill n'a plus à disposition la goulée d'alcool qui lui permet d'en émerger transitoirement. Sorti de son rêve, Bill va prendre contact avec la réalité du monde de l'hôpital, en particulier avec deux êtres, compagnons d'infortune. Ceux qui vont lui manifester de la compassion sont un garçon de quinze ans, Garry, qui s'est arrêté de grandir, comme Peter Pan, et un vieil homme, Kalowsky, né en Lituanie et qui se définit lui-même comme un vieux Juif errant.

L'expérience clinique nous démontre chez les alcooliques dépendants des capacités d'augmentation de tolérance inouïe avec des alcoolémies records que le sujet est obligé de maintenir...coûte que coûte...afin d'échapper aux spectres du sevrage.

On peut soupçonner que de façon fugace des expériences oniroïdes surviennent, s'effacent, recommencent...Elles ne sont certainement pas démasquées à tout coup.

Je me souviens d'une patiente hospitalisée depuis trois jours et chez qui nous avons décidé un temps d'observation sans médicaments dans la mesure où elle ne paraissait pas souffrir du sevrage...Le matin du troisième jour elle accueillit le cortège de la visite le visage fermé et, sur un ton de reproche, en tendant l'index, elle me questionna :« Pourquoi avoir placé cette grenouille sur ma table de nuit ? » Elle désignait une serviette verte un peu froissée à proximité de son lit...Cette femme ne présentait ni tremblements évidents ni aucun signe dénonçant un état de sevrage...

Je dois souligner le risque induit par ces expériences qui re-modèlent les affects du sujet et qui les placent épisodiquement au "centre du monde". Elles peuvent constituer la matrice d'une trame délirante et s'organiser en chronicité psychotique...

Dans les démarches de bonnes pratiques cliniques qui concernent les alcooliques, nous sommes invités à rechercher systématiquement des comorbidités qui sont pratiquement la règle dans l'évolution d'une "maladie alcoolique". Des bizarreries du monde vécu dans un contexte de conscience obscurcie peuvent survenir tout au long d'une vie d'alcoolisé et leur recherche systématique ne devrait pas appartenir en exclusivité au seul psychiatre...

En sus des qualités littéraires somptueuses et du plaisir donné au lecteur, le texte de "Lunar caustic" a d'incontestables vertus didactiques. Il nous faut lire et relire Malcolm Lowry, alcoolique de témoignage.

Après coup, je me suis rendu compte que mon intervention était en décalage parfait avec le thème de cette journée. J'ai cherché un terrain commun, je l'ai trouvé : Richard III. Je comptais vous faire la surprise de citer Shakespeare, *Macbeth*, scène 3, acte II, mais Gérard Ostermann vient de le citer.

Je vous en propose une traduction argotique :

« la baise, monsieur, ça la booste ou ça la casse. Ça booste l'envie mais ça casse le programme. On peut t'affirmer que si tu écluses sec c'est kif-kif t'envoyer en l'air. Ca te l'allume et ça la coince.

Échanges et discussion

Colette LORTET. Bravo ! on se demande après cela comment on va aller soigner nos patients..

En t'écoutant je me demandais plus que jamais, dans ces sevrages, que leur apporte t'on en compensation. Comment faire pour que ces sevrages ne soient pas trop douloureux.

Jean-Jacques CORNU. L'exposé de Lionel Bénichou nous montre que dans le sevrage, on trouve très fréquemment des états confuso-oniriques ou oniroïdes, qu'on ne détecte pas.

Colette LORTET. J'aime l'histoire que tu rapportes, cette patiente qui, après trois jours sans alcool, dit : « pourquoi m'avoir mis une grenouille ? ». On n'écoute pas assez les patients dans les tous premiers temps de sevrage. Il faut être capable d'entendre cette capacité à délirer qui nous paraît parfois dangereuse, il faut savoir l'accepter.

Salle. Ces états un peu dissociatifs, entre l'absence de signes de sevrage et une activité de délire oniroïde comme la décrit Malcolm Lowry, sont souvent dus à l'absence, le retard ou l'insuffisance de supplémentation en vitamines B1, parfois en intraveineuse.

Lionel BENICHOU. C'est en petit ce qui se passe avec le delirium tremens. La supplémentation en B1 fait partie de la prophylaxie de ces états. On pense souvent au delirium spectaculaire, l'Assommoir, ces gens ruisselants, avec des fasciculations extraordinaires, avec une température astronomique, complètement transportés dans un autre monde. C'est connu. Ce qui n'est pas assez pointé, ce sont ces états fugaces, ces expériences de confusion délirante, dont les gens reviennent. Ces états sont dangereux, Follin l'avait bien souligné, parce qu'ils peuvent organiser un effet matriciel pour les états psychotiques organisés proprement dits.

Michel FARUCH. Juste une question à Lionel Bénichou : la grenouille n'était pas agissante ? Elle était posée à côté d'elle comme une image , il n'y avait aucun effet de persécution, la grenouille ne la mangeait pas ?

Lionel BENICHOU. La grenouille la regardait.

Colette LORTET. Est-ce que tu te servais de ce qui était dit dans ces états oniroïdes ? est-ce que tu as pu le réintroduire dans tes thérapies ?

Lionel BENICHOU. Non, je n'ai pas osé.

Jean-Jacques CORNU. Dans votre expérience des états oniroïdes, y a t'il des thèmes plus fréquents sexuels ?

Lionel BENICHOU. Souvent dans ces expériences, il y a des petits animaux, on est dans le classique. Et aussi le recentrage du monde autour de l'individu, avec le sentiment d'un monde hostile, une ébauche de pensée paranoïaque.

Éros en errance

Docteur Michel Faruch

**Psychiatre- psychanalyste
Clinique Castelveil – Toulouse**

Permettez moi de remercier les organisateurs et de vous dire combien je suis heureux d'être là aujourd'hui. Notamment par rapport à ce qui vient de se dire... je me disais « tu pourrais leur dire simplement que ça fait trente ans que tu cherchais deux images, ils te les ont données et maintenant tu peux retourner à Toulouse ». On est souvent préoccupés, on va faire toute une profession ou autre chose, une création, par rapport à un mot, une seule idée, qu'on va chercher toute sa vie. Mon idée, c'était le lien. J'avais fini mes études de psychiatrie mais je n'étais pas satisfait, il restait une résonance en moi, un questionnement sans réponse possible encore. Et la réponse est là, elle est entre l'œuf dur et la grenouille. L'œuf est cuit, on est dans la mort totale, l'inanimé. De l'autre côté, une grenouille, avec, comme me disait un patient qui voyait, lui, un petit dinosaure, « un regard plus humain que les humains ». Cette grenouille était là, posée à côté, comme image organisatrice. Ce que je vais vous dire est à travers l'œuf et la grenouille. Cela montre aussi combien nos rencontres sont authentiques et combien on partage ensemble – c'est probablement dans un lieu comme l'alcoologie que cela peut se passer.

En 1974, la Société de Sexologie se forme, à travers des rencontres. On se réunissait à 5-6, GEJMANN, MAIGNAN, TORDJMAN, en essayant toujours de se questionner. A côté de cela, en 1976 je rencontre Rémi MALKA qui me dit « j'aimerais que tu écoutes un gars fantastique ». Alors j'y vais, c'était à l'Hôtel Hilton, il y avait Lionel BENICHOU qui s'est mis à parler du da-sein, da-sein, da-sein et moi je me disais l'être-là, l'être-là, l'être-là... toi, tu te questionnais sur le da-sein et moi, tu me permettais une caisse de résonance. C'est tout ça, le lien. Faire de l'alcoologie ou de la sexologie, c'est s'interroger sur le lien. Ce qu'aujourd'hui je vais vous dire, à travers Théo, c'est parler effectivement du lien.

J'ai finalement changé le titre de ma présentation... « Éros en errance » correspond mieux à ce que je veux dire.

Pour commencer, cette phrase de Marguerite DURAS.

Vivre avec l'alcool c'est vivre avec la mort à la portée de la main. Ce qui empêche de se tuer quand on est fou de l'ivresse alcoolique c'est l'idée qu'une fois mort on ne boira plus.

Marguerite DURAS,

« *La Vie Matérielle* ».

La rencontre

Avec tous les alcooliques qu'on va voir, tous nos patients, il y a toujours cette rencontre, qui se fait ou ne se fait pas. Si l'alchimie de la rencontre n'y est pas, on pourra toujours donner de la vitamine B1, ça ne marchera pas.

« *Tu es l'étranger* »

-Celui qui vient vers nous est l'étranger.

-A quoi le reconnais-tu ?

-A ses yeux, à son sourire, à sa démarche.

-Je ne vois rien, en lui, qui ne soit l'apanage de nous tous.

-Observe-le. Tu comprendras.

-Je ne le quitte pas des yeux.

-A l'infini, il doit son regard de myope au passé, enfoui dans sa mémoire ; son sourire blessé le sourire d'une très ancienne blessure à la crainte, à la méfiance, sans doute, la lenteur de sa démarche ».

-Edmond JABES

Je pense que JABES connaissait bien les alcooliques.

Ce qui dérange c'est quand je ne sais pas bien ce qu'il veut. Théo, comme tous les autres malades alcooliques, vient témoigner. De quoi ? De la soif ? Pas uniquement des ses soifs à lui mais de mes soifs, les nôtres, les vôtres. Théo le témoin est aussi un enseignant. Il nous enseigne sur des soifs que chacun de nous ressent comme des brûlures

Je rencontre Théo en mai 1998, il a 32 ans, il est alcoolique et violent. Il boit de la menthe avec de l'alcool *pour brûler* dit-il, *pour avoir chaud au ventre*. Il a fait déjà plusieurs hôpitaux avec la trajectoire classique, HDT, HO, SAMU, etc. Il est arrivé dans l'établissement où j'exerce amené par le SAMU, après une crise furieuse, un soir dans un bar. On le fait dormir. Au réveil, l'équipe soignante va noter la cohérence de ses propos, sa volonté de continuer ainsi qu'une certaine sympathie.

Dès le premier jour, comme à son habitude, Théo va tester son entourage, le défier. Il boit en cachette puis ouvertement, décide de partir. Grand habitué à faire monter la pression, il est maintenu de force, et finit par accepter le traitement.

Théo vit dans un univers indifférencié, pris dans une alcoolodépendance massive, baigné par des angoisses terribles. Boisson, sommeil, violence, passivité, exubérance, telle est la vie de Théo. On peut dire que Théo n'est pas à sa place, il n'a pas de place. C'est une personne

déplacée. Il porte écrit sur lui la question de l'identité, pris dans le mouvement métaphorique de la séparation impossible.

Séparation vient de « être placé entre ». Alors il est placé dans les services hospitaliers, actes de placement, de déplacements, qui ne résolvent jamais rien. Théo me paraît à moi comme un prématuré, dans son incapacité à exister. Il va tomber dans la dissolution de l'objet alcool, refuge d'un moment. « C'est moi-même que je trouve au fond de l'univers, moi-même c'est à dire une extrême émotion qui me délivre du décor » pour citer Albert CAMUS, « L'étranger ». Je n'étais pas le thérapeute de Théo, je le rencontre dans une infirmerie où il menace, par sa posture, une infirmière en exigeant, comme à son habitude, sa sortie immédiate. Celle-ci était débordée, n'arrivait pas à le contenir. Je me place parallèle à lui et je le regarde sans rien dire, sans manifester une quelconque autorité. Voyant que je ne dis rien, il m'agresse verbalement et souligne, comme à son habitude, l'impuissance de la médecine, des médecins qui lui ont fait tant de mal, etc. Je reste silencieux, si ce n'est que lui dire « vous n'avez pas besoin de faire tant de démonstration, ici, vous êtes chez vous ». Je lui propose de venir le lendemain au groupe et après de partir, si véritablement il ne peut pas rester. Son étonnement est grand et un silence réparateur vient envelopper nos deux regards.

C'est un groupe de parole que j'anime depuis 30 ans, il y vient pour la 3^{ème} fois. Il est en général ivre et fait vraiment du bruit, mais il n'est pas rejeté par l'ensemble du groupe – on voit ça souvent, le groupe est très contenant. Ce lundi-là, mon regard se posait directement sur lui. J'avais l'image du Poulbot de Montmartre, en état d'ivresse et de détresse. Il y avait dans son expression un appel au secours, avec véritablement la certitude que personne ne pouvait l'aider. Il était dans cette situation extrême. En moi, un grondement surgissait, comme une voix ancienne, qui me disait : « tu ne peux pas le laisser comme ça devant les autres ».

Tout cela devenait pour moi inacceptable, je ne pouvais pas le garder dans cet état et pourtant, rien n'avait vraiment changé. Il avait bu avant de venir, comme d'habitude. Théo n'était qu'un malade alcoolique au milieu des autres malades alcooliques. Mais ce jour-là, dans ce moment-là, je ne pouvais pas l'accepter. Je m'occupe de malades alcooliques depuis 30 ans mais ce jour-là Théo, l'étranger d'une étrange histoire, par son regard, vient vers moi réveiller probablement mes blessures anciennes. C'est le Théo-Pinocchio, pantin épuisé, « cet adulte qui garde pétrifié en lui une part d'enfance ». Théo m'interpelle sur la question du désespoir et de la désespérance de sa vie : défi, déni, délit, violence destructrice. Je sentais que je devais me laisser surprendre pour pouvoir m'ouvrir et tenter une vraie disponibilité.

Je vais vers lui, je lui demande de me suivre ; il accepte, il se lève. Tout le monde le regarde, étonné que je ne m'adresse qu'à lui. Je l'emmène dans une petite salle, au dessus du groupe de parole. C'est une pièce vide, je prends une chaise, je lui donne une bouteille d'eau et je lui dis : « voilà, vous allez assister au groupe – nous sommes là, à côté de vous et je viendrai vous chercher à la fin du groupe ». Etonné, il ne dit pas un mot. Tout au long du groupe, je me demandais ce que j'avais réellement fait. Peut-être avait-il fugué, peut-être avait-il déjà tout cassé, peut-être était-il retourné dans sa chambre. Je commençais à m'interpeller pour lui, sur lui, et probablement avec lui.

Quand je reviens le chercher, il est là, assis, mais son regard a changé. Il me dit avec un sourire : « franchement, on m'en a fait mais celle-là on ne me l'avait jamais encore faite ». Il éclate de rire. Changeant de posture, il me dit : « c'est vrai, j'ai besoin de ce silence – depuis ce matin, je n'étais pas bien dans mon état, je ne me sentais pas comme d'habitude ». Je souris et je lui dis, je vous attend lundi prochain.

Je repensais à son cursus : 30 ans, un diplôme de pharmacien, comme souvent nos patients alcoolique un physique vieilli prématurément, un visage bouffi par l'alcool, violent... mais pourtant survivant. Telle était sa vie. Théo avait tout pour être heureux, un bon métier, une famille, mais il s'arrangeait toujours pour tout mettre en échec. Théo était, pour reprendre Gérard OSTERMANN, « dans l'air du temps ». sa vie, telle une lettre à déchiffrer, mais une lettre restée en instance, en attente, en souffrance.

Ce jour-là, ce qui m'avait paru essentiel était de fabriquer un lieu, de le sortir du bruitage, de le confronter au silence. Théo avait connu de nombreux thérapeutes pour penser son impensable ; il ne s'agissait pas pour moi de refaire la même chose mais de me laisser aller à un avenir, de tenter une rencontre, d'appréhender quelque chose de l'un et de l'autre, nous confronter au silence où seule l'écoute pourra nous permettre d'aller à la recherche de lieux cachés, de portes d'ombre et, peut-être, à la naissance d'un véritable lien où, si tout se passe bien, la lumière viendra reconnaître les ténèbres anciennes de cette douleur muette en quête de sens ou plutôt en attente de sens. Tout me paraissait pourtant très fragile. Je me disais qu'une amorce de rencontre venait d'avoir lieu, la mise en tension d'un lien entre lui et moi. Je repensais à la phrase de Lionel, « ils sont en alcoolie et nous sommes sur la planète terre », je pensais à E.T. et à sa bicyclette et je savais que rien ne pourrait être comme avant.

Quelques jours après, il demanda à me rencontrer. Il n'était pas ivre, il n'avait pas bu et il me tendit, griffonnée sur un papier une lettre, il avait jeté quelques mots sur sa vie. en quelques mots, il m'exprima que c'était pour lui une des rares fois où on avait agi en le respectant. Il ne demandait rien et pourtant un petit grain de sable venait d'enrayer sa machine infernale. C'était fini, ça ne marchait plus comme avant. Je lui demandai d'écrire. On ne se parlait pas, il me tendait une lettre, je la lisais devant lui, on se donnait un autre rendez-vous. Par l'écriture, il avait peut-être trouvé son fil rouge, écrire pour instaurer un dialogue avec soi. Dans ce sens, l'écriture est un terrain pour l'expansion ; écrire son histoire d'enfance pour pouvoir la raconter. La communication s'était établie – cela pouvait se créer parce que nous avions partagé une émotion.

Une communication entre lui et moi avait pu s'établir parce qu'elle mobilisait des éléments conscients et inconscients des deux cotés.

Ce mouvement ne pouvait se créer parce que nous avions partagé une réelle émotion.

Sa peau physique et psychique trouée, déchirée pouvait peut-être trouver là une tentative de réparation, du moins la tentation pour lui et moi était grande.

La prise de risque aussi. Jusqu'où pouvais-je aller ?

C'est probablement cela la thérapie.

Comme nous dit JUNG:

« le thérapeute qui est en danger et qui doit l'être ».

Théo boit pour combler un trou, un espace vide qu'il n'arrive pas à s'articuler, à se dire.
Il est évident que rien ne peut se dire. S'il savait parler, il ne serait pas alcoolique.

« Écrire ce n'est pas exprimer ou communiquer ni même dire. C'est vouloir donner forme à l'informe, quelque assise au changeant, une vie...à l'inanimé. »

-PONTALIS J.B., « La force d'attraction »,

Écrire pour relancer une vraie capacité à dépasser ses « déchirures traumatiques », retrouver une histoire pour en faire un processus de changement et dans ce cas l'écriture est acte de résilience au sens de B. CYRULNIK.

Écriture et temps

« Par l'écriture je quitte un monde inhospitalier et j'avance à pas lents dans le noir qui ne m'effraye plus. J'avance avec la pauvre et certaine lumière des mots... c'est quelque chose qui va vers une amplitude, vers quelque chose de mieux, vers un mieux être ».

C. BOBIN, « La Lumière du monde »

Théo et la bouteille, Théo et la bobine, Théo dans une absence de rythme.

On pourrait reprendre là le problème du temps et de Théo. Quand on parle de lien et d'errance, on est obligé aussi de parler de temps. Gérard avait accepté de venir à Toulouse parler sur « L'éthique et le temps », Eros, éthique et temps, c'est exactement la même problématique. C'est l'histoire de Théo, c'est l'histoire de tous nos patients alcooliques

« On est jeté dans une pièce quand on naît et peut-être écrire ou demander à aimer cela revient tout simplement à dire une parole très simple, cela revient à demander s'il y a quelqu'un d'autre dans cette pièce où on est jeté à la naissance ».

C. BOBIN, *Ressuscité*

Nos alcooliques sont souvent des êtres qui viennent nous voir et nous disent « depuis petit je tape à la porte et il n'y a personne ». où est le désir des parents ? Il n'y a personne derrière.

Dans la littérature, on ne trouve pas beaucoup de références pour l'alcool. Si on reprend la psychopathologie freudienne, on ne peut pas réduire l'alcool à une régression-fixation au stade oral. Le buveur qui utilise l'alcool comme source de plaisir se détourne du monde au profit du toxique.

GLOVER, avec l'Ecole Kleinienne, apporte quelque chose de plus. Il nous dit que l'alcool est choisi comme substitut de la sexualité, au moins en tant que méthode de court-circuit de la sexualité, méthode qui en même temps relâche la pression du refoulement et renverse le processus de sublimation.

Michel LEJOYEUX, un ami, professeur à Bichat, nous dit dans son article « Plaisir et alcool » : « La fonction addictive a ainsi pour but d'éviter tout effondrement psychique, tout effondrement narcissique. Pour se préserver un espace hors de la persécution et des angoisses liées au manque, l'alcoolique préfère le sacrifice d'une grande partie de sa vie affective et psychique. Cet alcoolique devient alcoolo-dépendant, dont le plaisir n'est plus engendré par ses intoxications ; il finit par entretenir avec la substance dont il dépend une relation passionnelle, amoureuse ». Nos alcooliques nous le disent sans avoir lu la littérature psychanalytique.

Et pour citer Abraham, un élève de Freud : « Ecoutant les propos de nos grands alcooliques sur la relation avec le vin, ils évoquent l'harmonie la plus pure comme celle d'un mariage heureux. » En 1912-1920.

Sandor RADO, un continuateur de Freud, très dans l'école hongroise de Ferenczi, parle en 1926 d'*orgasme pharmacogénique*, .. « à la base du besoin d'absorber des drogues ou de l'alcool. On peut donc dire que dans l'intoxication chronique, la personnalité mentale complète représente un appareil de plaisir auto-érotique. Le moi est complètement subjugué, dévasté par une libido du ça »

Avec la bouteille, Théo forme son couple où la prédominance du lien narcissique laisse peu de place à une réalité, réalité qui est toujours vécue sur le mode anaclitico-dépressif.

C'est dans la psychopathologie jungienne, dans laquelle je suis formé, que j'ai pu trouver résonance sur le problème du lien. la rupture entre Freud et Jung se situe à ce niveau-là, où d'emblée deux personnes qui avaient beaucoup de choses à se dire vont rompre d'une manière passionnée et passionnelle parce que chacun devient le persécuteur de l'autre. L'un reste dans un modèle de libido, c'est-à-dire d'Eros, complètement structure, une machine à vapeur, et l'autre va rester dans le flou en disant l'Eros, c'est le lien. si je n'ai pas le lien, je n'ai pas accès à l'altérité.

« L'Eros, phénomène de liaison, apparaît comme étant et peut être défini comme le lien de mon plaisir ou plaisir de l'autre, le plaisir de l'autre peut fort bien être un plaisir que j'imagine et au titre duquel se déclenche mon propre plaisir. » E. HUMBERT

Dans cette perspective de l'Eros, qui est une perspective dynamique et énergétique, on peut dire que deux situations peuvent être développées : l'état d'indifférenciation – l'œuf dur et l'état de différenciation, qui va permettre de rencontrer l'autre, mais avant ça passer par des étapes comme la grenouille. De l'œuf à la grenouille, il y a tout.

Etat d'indifférenciation où l'un et l'autre sont peu différents, fort peu séparés, où le sujet va vivre son Eros dans une confusion affective entre lui et l'autre. A côté de cette confusion affective, l'Eros va devoir se différencier, c'est à dire un Eros où une altérité est possible – une altérité est ouverte et l'Eros est au centre même de la relation.

Quelle est la nature et le fondement même de ce lien ?

« Mère réelle, imago de la mère, complexe maternelle, archétype de la mère, mère idéale, mère symbolique, les noms sont nombreux pour définir tout ce qui agit en tant que mère », nous dit Aimé AGNEL

Et il ajoute : « Le pôle contraire au pôle maternel n'est pas comme on s'y attendrait le pôle paternel, mais un lieu inconnu qui fait peur.

C'est en reprenant la clinique de la *grande mère* que nous pouvons donner une réponse. La *grande mère* est un archétype. Jung emploie l'expression *image primordiale, originelle* ce que disait FOLLIN. Je viens de découvrir ce matin que FOLLIN était proche de JUNG en parlant de la matrice. Non seulement l'image fait impression, mais l'image fraie la voie. Surtout, si vous avez une grenouille, ne l'enlevez pas ! Dites simplement au patient de parler à la grenouille.

C'est dans *Les racines de la consciences* dans le chapitre *Archétypes*, que Jung donne une description détaillée : « ce qui enveloppe, ce qui enlace et engloutit fait sans doute référence à la mère, c'est-à-dire à la relation du fils avec la mère réelle mais surtout à l'imago de celle-ci, avec la femme qui deviendra sa mère. Il cherche en quelque sorte le cercle magique de la mère, protectrice et nourricière ».

Newmann va parler de *relation archaïque* dans un état mythologique. Et pour cela, il prend le thème d'Aphrodite, dont le fils-amant va devoir, chaque printemps, se couper les testicules, qui repoussent pour un an. On est dans un temps d'enfermement, un temps circulaire. C'est l'Adonis du printemps qui est tué tous les automnes. Les individus qui sont possédés par l'œuf, par la *grande mère*, qui en tirent une telle puissance de vie, sont des individus cycliques. Cela évoque les bi-polaires et la co-morbidité bi-polarité / alcool est large. Sous cette emprise, il n'existe pas de tracé individuel : Théo ne peut pas vivre ! Beaucoup de choses adviennent, mais rien n'aboutit. C'est tellement frappant dans certaines existences que nous voyons chaque jour chez un grand nombre de nos patients alcooliques. Tout communique avec tout, tout n'a pas de limites, il n'y a plus de distance, il n'y a plus de différence ou d'imaginaire. On est à la limite de l'expression de la folie.

Le lien entre la *grande mère* et son fils amant, c'est le lien savouré pour lui-même. C'est-à-dire que le désir se replie sur soi pour être dans l'inanimé. C'est un désir qui ne s'épuise pas parce que, précisément, il se savoure pour lui-même. Saint-Exupéry écrivait la veille de sa disparition : « je vous embrasse Maman. Dites-vous bien que de toutes les tendresses la vôtre est plus précieuse et que l'on revient dans vos bras aux minutes lourdes que l'on a besoin de vous et j'ai besoin de vous comme un petit enfant ». Saint-Exupéry, *Le Petit Prince*, tout le monde sait comment ça s'est terminé pour lui, perdu dans les étoiles mais dissous dans la *grande mère*, grande mère nature, grande mère océanique ou méditerranéenne dont il n'aura jamais pu s'affranchir. On pourrait reprendre ainsi toute la problématique de Proust.

KAFKA dans une lettre à Miléna affirme :

Tout homme porte une chambre en lui. C'est un fait qui peut même se vérifier à l'oreille. Quand un homme marche vite et que l'on écoute attentivement, la nuit peut-être, tout étant silencieux alentour, on entend par exemple le brimbalement d'une glace qui n'est pas fixée au mur

Revenons à Théo.

Théo écrivait, remettait sa copie. Voici quelques phrases lorsque Théo avance :

« En fait, je recherche cette dépendance pour être bien. Je jouis d'être dépendant parce que dans mon inconscient l'indépendance n'existe pas. La dépendance se transmet de génération en génération par les femmes, dans ma famille. Chez moi, l'homme est absent. En plus, ce n'est pas formulé ; c'est logique, ça va de soi. La preuve, c'est que ma grand-mère n'a eu que des filles ; la première est morte d'une maladie du nourrisson, ensuite elle a remis ça, elle a eu ma mère, qui était la petite fille soumise, qui l'est toujours. » – Un jour une patiente me disait : « lorsque j'appelle ma mère, je ne la vois jamais ; ses yeux sont tournés vers le regard de sa propre mère ».

Théo : « Ma grand-mère a fait louper deux mariages. Les hommes à se présenter étaient des hommes de bon parti mais ils n'étaient pas trop soumis, ils étaient trop indépendants. Donc elle a choisi un homme, qui effectivement ne faisait pas de vagues et ne risquait pas de gripper la mécanique. Cet homme, c'est mon père. Le problème c'est que ma mère a cassé le rythme en accouchant d'un garçon. Moi. Ma grand-mère lui a fait payer tout le temps qu'elle a vécu et bien entendu, je me suis comporté, on m'a habillé comme une fille pendant très longtemps. J'ai même joué à la poupée pour être sûr que la lignée n'était pas cassée. Ma grand-mère venait à l'école pour me donner l'illusion d'être indispensable ».

Théo pose le verre.

C'est par l'abstinence que Théo va pouvoir se reprendre. L'abstinence est un organisateur psychique, au sens jungien du terme, au sens de BOWLBY. Par ce sacrifice, par un mouvement énéntiodromique, un renversement énergétique, ce qui permettait à Théo d'aller au fond va lui permettre de remonter et de voir le réel.

L'abstinence véritable organisateur psychique permet à Théo d'acquérir une capacité créatrice pour l'amener dans une brisure du temps, temps qui désormais portera les événements, temps qui devient déployé. Quitter le système clos par le décentrement pour se frayer un passage du concret au symbolique.

Cette brisure ne peut pas se faire sans une souffrance terrible. Cette brisure Théo va la subir, Théo va la vivre. Théo ne pourra pas faire l'économie d'une souffrance, d'une souffrance massive.

La perte de la libido endogame permet au sujet de s'investir dans un partenaire possible. Le sacrifice se fait au tour de deux axes : l'un qui concerne la toute puissance du moi, confrontée à l'abstinence dans ce cadre, l'autre dans la tendance incestueuse. Théo se confronte, au travers de l'alcool à l'animus archaïque, position phallique de la grand-mère, qui, comme le dit Madame GUY-GILLET, est une « figure terrifiante, terrible, terrorisante », je dirais Méduse, dans sa réalité tel que Théo l'a vécu en étant dans cette dépendance et elle ajoute, « vous vous sentez impuissant, vous ne pouvez rien faire en face de ça... »

Le problème du père.

Nous, soignants de patients alcooliques, nous sommes tous à devoir en permanence créer une fonction paternelle, créer du père. En entendant mes patients, sur 30 ans, il me vient l'idée que entre père et fils – l'alcoolisme féminin est un peu différent – le fils est condamné à porter son père au fin fond de l'utérus maternel, comme pour aller chercher une trace véritable qu'un jour le père est passé par là. Quand on reprend la problématique du film *Le Grand Bleu*, ça colle cinq sur cinq ! C'est peut-être pour cela qu'il a eu un tel succès ; c'est tout le problème de devoir fabriquer du père.

Théo le sauveur du père, le père étant fort clos dans la tête de la mère, il manque une référence paternelle d'alliance avec elle.

Théo face à un père qui ne transmet rien et l'oblige à être enfermé dans la toute puissance du monde maternel.

Théo l'errant, l'exilé, le voyageur, le Dionysos, mais aussi Théo le Pinocchio.

« Faute de père à une juste place, le fils, en s'identifiant à lui, seule façon de trouver et de rejoindre le père inaccessible en devenant lui-même (un père) identique au père. C'est cette identification à un contenu psychique inconscient, non différencié et amalgamé au père qui a conduit Théo au bord de la désagrégation, au bord de la mort. »

Viviane THIBAUDIER, *Au nom du père*

Cette régression totale ... il s'agit d'aller au fin fond de la mère au risque de sa propre vie, de trouver une trace du père. C'est infaisable. Trouver un passage entre le néant d'un côté et le vide de l'autre, entre la parole et le silence.

Les semaines passaient, la feuille écrite remplaçait progressivement les ivresses et constituait vraiment un lien.

Il me dit : « c'est parce que je me découvre maintenant des talents, que j'arrive à avoir confiance en moi. Mon écriture, c'est mon rêve qui me porte. Avant, je voulais écrire un livre et je le voyais fini avant d'avoir commencé. Je vivais en essayant de penser et de dire en fonction des faits. L'important aujourd'hui c'est d'écrire. »

Bien plus tard : « vous savez, je ne suis plus seul ». Il parlait de son désert. « J'ai rencontré quelqu'un, l'autre est arrivé. Je ne crois pas que ce soit un hasard. Je pense que c'est parce que j'étais enfin dans un état de désir, de réceptivité que cela a pu se faire. C'est parce que j'avais commencé à revivre, à me reconstituer, à me « recorporaliser », à me réapproprier le temps, à pouvoir m'identifier à moi-même, que je n'ai plus peur de franchir le pas vers elle. C'est à partir du moment où je ne me suis plus polarisé sur moi-même que j'ai pu écouter les autres et que j'ai pu avoir une sexualité. J'ai enfin désiré l'autre, je n'étais plus enfermé sur moi. J'ai compris que je ne pouvais plus continuer à baiser ma mère. »

Conclusion.

Dans le langage de la KABBALÉ la langue maternelle est la langue de la logique, de la causalité.

Le Père, lui, apporte la brisure de cette logique, fracture dans la causalité et ouverture du rêve et de l'imaginaire- poésie et état poétique.

Le Père ouvre au poétique, on peut alors formuler : « Père, n'oublie pas d'être Poète, mon Poète ! »

Tout notre problème est là, de créer du lien, de permettre que l'inanimé ne se fasse pas dans nos services, face à nos patients.

« L'enfant regardait le vieil homme qui dansait et qui semblait danser pour l'éternité.

-Grand-père, pourquoi danses-tu ainsi ?

-Vois-tu mon enfant, l'homme est comme une toupie. Sa dignité, sa noblesse et son équilibre, il ne les atteint que dans le mouvement...

L'homme se fait de se défaire, ne l'oublie jamais ! » -proverbe hassidique

Le mouvement est l'Eros.

On peut imaginer Théo heureux.

Joyce MAC DOUGALL, dans *Eros aux mille visages*, reprend cette problématique et dit qu'à travers l'Eros, il est une possibilité de sortir, de trouver un sens, d'être en quête de sens, de passer du même à l'autre.

Il s'agit donc pour nous de sortir Eros en errance pour sortir de l'inanimé et arriver à la toupie. Gardons-nous bien de chercher une théorie, une conception unifiante. Le doute doit toujours nous animer.

Théo quitte la planète alcoolie.

L'abstinence(organisateur psychique) l'initie à regarder le monde autour de lui . Il s'agit d'être dans l'être là comme être au monde, être ensemble au monde dans, non pas dans une existence figée, mais dans un devenir.

Un advenir permet, dans la brisure de totalité d'aller vers l'Autre ; dans un maintenant tel que LEVINAS l'expose dans son concept de la caresse.

Je terminerai par cette phrase de Henri MICHAUD parlant de la vie – nous sommes là effectivement pour parler de la vie.

« Noble, grandiose, impeccable, chaque instant se forme, s'achève, s'effondre, se refait dans un nouvel instant qui se fait, qui se forme, qui s'accomplit, qui s'effondre et se refait dans un nouvel instant qui se fait, qui se forme, qui s'achève et se ploie et se relie à ce moment qui s'annonce, qui se fait, qui se forme, qui s'achève et s'éténue dans le suivant, qui naît, qui se dresse qui succombe et au suivant se raccorde, qui vient, qui s'érige, mûrit et au suivant se rejoint ... qui se forme et ainsi sans fin, sans ralentissement, sans épuisement, sans accident d'une perfection éperdue, et monumentalement. »

- Henri MICHAUD, *« L'ampleur à Volute »*

Échanges et discussion

Jean-Jacques CORNU. Merci pour cet exposé sur Théo. J'ai retenu quelques notions clé. L'importance du lien – les vertus du silence – l'importance de l'écriture dans l'élaboration d'un dialogue avec le thérapeute et dans l'élaboration de son histoire – la notion de temps. J'ai beaucoup apprécié le lien que vous avez fait entre tout ça et l'Eros.

Michel FARUCH. Permettez-moi de revenir sur la notion de temps. On a fait un colloque à Toulouse, Gérard et moi. Le problème du temps est au centre même de la problématique alcoolique parce qu'effectivement on est devant quelqu'un qui est hors du temps. Le temps demande l'événement, qui va fonder le récit. Et le récit va fonder l'histoire. Et l'histoire va fonder la mémoire. L'alcoolique est hors de tout ça – c'est à nous de le brancher, en trouvant un fil rouge. J'avais trouvé ce jour-là l'écriture, mais on peut trouver autre chose. Ce qu'il faut c'est nous laisser aller à notre sensation, à notre intuition, tout en nous critiquant bien sûr de ce que nous faisons. Laissons nous guider, porter par nos grenouilles qui sont en nous.

Colette Lortet. J'ai remarqué ce premier lien, si ténu, le premier jour, où vous lui dites de venir ensuite à la réunion. Le lien était déjà créé.

Michel FARUCH. Oui, par rapport à quelque chose de l'ordre de l'intuition. Il m'avait interpellé par son comportement et/ou sa présence. Théo, il faut le dire, c'est 120 kilos ! et moi, je voyais quelqu'un de maigre, un petit poulbot .. et je riais de cette image. J'avais presque envie de lui dire « on ne t'a pas donné assez à manger ? »

Colette Lortet. Et quand il est mis dans cette pièce, est-ce que c'est Théo ou est-ce que c'est le lien qui est mis dans ce lieu pour protéger ce premier lien ?

Michel FARUCH. C'est probablement une tentative de lien. On va tous les deux chercher une possibilité, quelque chose, comme vous l'avez dit, qui était déjà en marche. Par contre, le mettre dans la salle était poser un acte, dans le réel. Il n'en était pas dupe, il s'est laissé faire. Et il m'a dit « celle-là, on ne me l'avait jamais faite ! » C'était tellement plus facile de le remettre dans l'inanimé avec du Lagarctil, avec des menottes, avec des placements, des HDT.. il avait connu tout cela, lui. Et là, je lui demandait simplement d'être dans le vide, le rien et le silence. Le désert. C'est pourquoi je parlais de grain de sable. On est dans la problématique du désert.

Colette Lortet. Pour retrouver ce lien du paternel, dans la mère, ne faut-il pas déjà avoir ressenti pour le patient un autre lien, qui serait de l'ordre du paternel ?

Michel FARUCH. Je me suis posé souvent cette question, c'est-à-dire quelle est la nature du transfert ? Dans ce cadre-là, et peut-être que ma formation jungienne me le permet plus, c'est plus un transfert dans l'ordre du double et non dans l'ordre du transfert freudien habituel. C'est là où c'est épuisant de s'occuper d'alcooliques – on me le dit : « fais autre chose ! »

Lionel BENICHO. J'ai même connu des collègues qui quittaient l'alcoologie en disant « je m'occupe des schizophrènes, c'est plus reposant »

Michel FARUCH. Voilà ! C'est génial de s'occuper des schizophrènes dans leurs délires ! Parce que c'est l'autre qui délire ! On fait des réunions pour parler de la machine à halluciner, mais c'est l'autre qui délire. En alcoologie, on est dans quelque chose qui rapproche du même et qui réveille vos brisures intérieures.

Colette LORTET. Sauf si on peut mettre le lien du plaisir au plaisir de l'autre.

Michel FARUCH. C'est-à-dire mettre en place l'Eros. C'est la porte ouverte à la sexualité. C'est pourquoi il y a une vraie originalité dans le titre de notre colloque aujourd'hui.

Colette LORTET. C'est la seule façon pour nous de pouvoir travailler.

Michel FARUCH. Le patient vient lié, nous devons le délier pour le relier, et pour le relier à la vie. On n'a pas que des Théo, vous savez, mais avec le temps...

Colette LORTET. On peut fabriquer des Théo !

Lionel BENICHO. Oui, il faut du temps... des années. Je ne referai sûrement pas ce que je faisais il y a 20 ans ! Le plus frustrant dans cette affaire, justement, c'est de vieillir et se dire « maintenant qu'on comprend, on ne peut plus ». On est « has been » comme aurait dit Shakespeare. Mais il y a quand même des procédés qui sont des objets transitionnels. Je pense à ton travail de groupe qui est vraiment épuisant. L'affaire avec Théo en est une illustration. Moi je me suis toujours un peu protégé, par exemple dans l'expérience avec les ateliers d'écriture. La découverte, avec Eric HISPARD, des applications de l'atelier d'écriture à l'alcoologie a été pour moi une découverte de l'Amérique. Je sais qu'il y a encore des procédés que je ne connais pas mais qui me fascinent assez, en particulier les ateliers qui utilisent les senteurs. HISPARD appelle ça la « pifothérapie ».

Michel FARUCH. On le fait maintenant, le jeudi. C'est très intéressant. On le mêle à l'atelier du goût – il y a senteurs et goût. Et les patients accrochent ! Nos gros psychopathes ...

Salle. Une question sur le délire.

Michel FARUCH. Je n'adhère pas au délire du patient ! Je vais simplement lui dire, et lui conseiller, de parler à sa grenouille. De ne pas la détruire, de ne pas en avoir peur. Dans une position telle que le patient sait que je suis dans un réel et que, lui aussi, est dans un réel. Théo, à un moment, s'est mis à voir des totems. Et c'est là où il a pu véritablement sortir de l'alcool. Il est arrivé tout penaud un jour en me disant « vous allez vous foutre de moi, je ne sais pas ce qui se passe, mais je vois un totem ». Ma réaction a été de lui dire qu'il n'avait rien trouvé d'extraordinaire, de diminuer l'inflation. Tout ça, c'est de l'énergie nucléaire, donc il faut diminuer l'inflation mais lui dire que c'est intéressant de parler au totem. Et le totem l'emmenait visiter toutes les personnes de sa famille, qu'il mettait en ordre – enfin, il existait au plan générationnel.

Colette LORTET. C'est plus un objet transitionnel.

Michel FARUCH. Voilà ! Mais un objet transitionnel imaginaire – WINNICOTT le place dans le réel. Une phrase de JUNG résume tout cela : « l'image fraie la voie ». Quand un patient donne des images, encouragez-le à faire un album, ne lui coupez pas l'image. J'ai pris ce totem très au sérieux mais en affirmant que le fait n'avait rien d'extraordinaire.

C'est là où on rejoint FOLLIN, et JUNG en a très bien parlé. Le totem, ou la grenouille, peut déclencher un afflux énergétique d'inflation et donc d'épisode psychotique aigu. Mais si vous savez le contenir, et c'est tout le rôle du psychanalyste, le totem va ouvrir la voie et permettre d'ordonner dans « le manège des archétypes ». Il faut aller chercher ses propres images pour pouvoir aller vers l'autre. Sans aucune agressivité, évitez la vitamine B1, si elle fait disparaître les images.

Quand le patient donne une image, ne l'interprétez pas, surtout pas ! N'allez pas dire que la grenouille, c'est un truc freudien, c'est un substitut de la mère... Rien, aucune interprétation ! JUNG, dans *Les Racines de la Conscience*, parle de son petit hippopotame. N'interprétez pas mais ne coupez pas l'image parce que c'est une ressource énergétique. C'est quelque chose qui lui vient de ses profondeurs, la grenouille étant un animal à sang froid... il y a toute une problématique là-dessus. Elle va lui permettre de retrouver une lignée, une existence.

Colette LORTET. Passage obligatoire, peut-être, pour parler au thérapeute.

Michel FARUCH. Ca n'arrive pas toujours. Pour voir des grenouilles, des dinosaures ou des hippopotames, il faut quand même une sacrée régression ! Tous nos patients ne vont pas arriver là. Même toutes les personnes ayant fait une analyse ne vont pas arriver à la grenouille. Quand ça arrive, on ne coupe pas. Mais on le contient parce que, comme le disait Lionel, le potentiel énergétique est tel qu'on peut effectivement rendre fada le patient.

Emmanuel PALOMINO intervient sur la nécessité pour le thérapeute de pouvoir être étonné et de pouvoir susciter l'étonnement chez le patient. Toute la problématique de la curiosité.

Salle. Toute cette succession de patients que nous voyons échouer de manière itérative dans leur couple et qui, à 40-50 ans peuvent se justifier de revenir vivre chez leur mère. Souvent ils témoignent au moment du service militaire de leur désir d'aller *outré mer* et ils terminent leur phrase par « mais ». C'est évocateur de quelque chose d'indissociable avec cette mère et de lien impossible ailleurs.

Michel FARUCH. Et j'ai écrit un livre que Lionel et Gérard ont eu la gentillesse de préfacer et de post-facer, qui s'appelle *La bouteille à l'amer*. Surtout, il faut porter la prise en charge sur un autre terrain, il s'agit de l'imaginaire. Tout le problème reste l'incapacité de cette mère à être mère. C'est un malentendu, grandiose, dès le départ, mais c'est un malentendu sur trois générations. C'est pourquoi les groupes de familles sont très importants, pour faire passer comme ça de petites idées.

Salle. La grenouille, ça fait penser à l'animal-totem. C'est son principe même. C'est vieux comme le monde.

Michel FARUCH. C'est pour cela que j'ai parlé de l'animal à sang froid, pour reprendre toute l'histoire des dinosaures, déboucher sur le Léviathan. Tous nos patients n'arrivent pas à des niveaux comme celui-ci.

Aborder la question de la sexualité dans les consultations d'alcoologie

Dr Emmanuel PALOMINO,

psychiatre – alcoologue

D.I.S.P.P.A.

(Département d'Information et de Soins aux Personnes ayant un Problème avec l'Alcool)

Centre Hospitalier – BP 109 – 17503 JONZAC Cedex – Tél. 05.46.48.54.72 – Fax. 05.46.48.54.75

J'évoquerai donc ce sujet sous l'angle de ma pratique : celle d'une consultation spécialisée en Alcoologie, et d'une unité d'hospitalisation.

Les consultants ne sont pas des personnes alcoolisées, mais essentiellement des personnes alcoolo-dépendantes, conscientes ou non de l'être, présentant ou non des comorbidités. L'accueil concerne aussi les familles, en particulier les conjointes et conjoints.

La sexualité peut ainsi soulever différentes questions pour le soignant :

- Faut-il l'aborder ?
- Avec qui ?
- A quel moment ?
- De quelle façon ?
- Si on l'aborde, que peut-on en attendre ?
- Y-a-t-il des risques à aborder ce sujet ?

Faut-il l'aborder ?

Clairement oui ! Le plus tôt possible.

Pas toujours au premier entretien. Celui-ci est généralement très chargé émotionnellement. Il convient d'abord de se connaître ; de s'approprier ; de créer une ambiance thérapeutique apaisée dans laquelle le patient se sente en sécurité psychique. Aborder alors ce sujet de façon trop systématique ou trop abrupte peut déclencher un sentiment d'incompréhension et d'intrusivité, conduisant à la méfiance et à la peur. Nous pouvons sans le savoir réactiver maladroitement des souvenirs anciens et traumatiques d'effractions psychiques ou corporelles.

Mais dans d'autres cas, la question sera abordée dès le premier entretien lorsque le patient nous y amène clairement, ou de façon allusive, ou semi-voilée à travers son récit.

La sexualité a pu jouer un rôle de premier plan dans l'alcoolisme. Dans les facteurs ayant déclenché le processus, ceux l'ayant pérennisé, ou ceux ayant précipité la démarche de soins.

Les situations sont extrêmement variées. L'alcool a, par exemple, pu masquer inconsciemment dès le départ un dysfonctionnement sexuel. Ailleurs, l'alcool est clairement utilisé comme une tentative maladroite à terme mais souvent assez efficace au début, d'automédication devant ce qui est perçu comme une inaptitude sexuelle. Dans d'autres cas, c'est l'alcool qui provoque des altérations sexuelles sources de souffrances... pour lesquelles le produit fonctionne, dans une fuite en avant, comme une fausse bonne « solution ».

Comment l'aborder ?

Le patient est vu seul, au moins dans un premier temps.

J'utilise, selon le contexte, deux types de formulations.

La première : « L'alcool vous a-t-il aidé, à un moment donné ou à un autre, d'une façon ou d'une autre, dans vos relations amoureuses ? ».

De légères variantes peuvent concerner la fin de la phrase : « relations amoureuses » pouvant être remplacé par « relations sexuelles », ou « relations intimes » ou « relations intimes de couple ».

La deuxième : « Avez-vous observé un changement, en bien ou en mal, dans votre sexualité ? ».

Mettre le coup de projecteur sur un éventuel *changement* permet généralement d'aborder en douceur ce chapitre.

En fait, la question de la sexualité plane presque toujours en alcoologie. La plupart des patients sont soulagés que le soignant l'aborde, et en parlent plus facilement que la pudeur du soignant ne le laissait supposer.

La sexualité se pratique avec les zones et les organes sexuels, et se vit dans le cerveau. Elle s'inscrit dans une histoire. Cela doit être présent à notre esprit dès le premier entretien. Personnellement, j'explore presque systématiquement l'existence d'éventuels antécédents de mauvais traitements ou d'abus sexuels. Ici aussi, la formulation est simple et pratiquement invariable : « vous est-il arrivé, dans votre enfance ou adolescence, qu'on vous fasse des choses qu'on ne doit pas faire aux enfants ? ». Cette question s'adresse autant aux hommes qu'aux femmes, tellement ces types de traumatismes terribles sont fréquents.

Lorsque nous sommes amenés à rencontrer le patient au stade des minimisations ou du déni, ce dernier peut concerner les descriptions que le patient fait de sa sexualité, qui, ainsi, seront peu fiables. Il faudra alors reprendre ce chapitre à une phase ultérieure et plus constructive du suivi.

A une phase très avancée de l'alcoolisme, boire devient pour certains patients, une substitution à la sexualité, et cela même sans lésions somatiques. Pour d'autres, les atteintes organiques (foie, testicules, ovaires, axe hypothalamo-hypophysaire) peuvent favoriser une extinction de la sexualité.

Tout ceci ne doit pas nous faire perdre de vue que la majorité des patients ont une vie sexuelle, de style et d'intensité aussi variée que celle des personnes non alcooliques. Il est classique de dire que beaucoup d'hommes et de femmes alcooliques ont plutôt une sexualité intense, débridée (ou vécue comme telle), dans laquelle les sensations prennent le pas sur les émotions et les sentiments. Mais j'ai l'impression d'une très grande hétérogénéité, tout comme chez les personnes non alcooliques. L'important me paraît être d'aider à libérer la parole sur ce qui peut être vécu subjectivement comme un dysfonctionnement générateur de souffrance, pour soi ou pour son partenaire.

Certaines pratiques dites déviantes (fétichisme, sadomasochisme, échangisme, addiction au sexe, prostitution) seront abordées avec tact, sans jugement ni fascination ou approbation. Les pratiquants sont-ils clairement consentants ? S'agit-il d'événement plutôt subis ? Parfois à la limite de tortures ? L'alcool est-il instrumentalisé ? Par qui ?

Je n'évoquerai pas les actes pédophiles ou les incestes dont la révélation transforme radicalement le cadre du suivi.

Quelques remarques sur les alcooliques homosexuels et lesbiennes. Nombreux sont ceux ou celles qui en parlent spontanément aujourd'hui. Sexualité agie ou non, la souffrance et l'isolement sont souvent intenses. Si le soignant la pressent mais que les inhibitions sont importantes, empêchant que le malade en parle de sa propre initiative, j'utilise la formule suivante : « Il semble que la plupart des êtres humains ont en eux quelque chose comme une part féminine et une part masculine. Qu'en est-il pour vous ? ».

Aborder précocement cette question : quels avantages ?

On l'a vu, la sexualité chez les personnes alcooliques est une source presque constante de préoccupations, souffrances, peurs, appréhensions, culpabilité, honte, perplexité, sentiment d'inadaptation, d'incapacité, de tentatives de réassurance, de fuite en avant, de recherche de personnages d'emprunt...

En parler fait généralement gagner du temps pour créer une alliance thérapeutique, grâce à laquelle on pourra aborder plus authentiquement l'ensemble des vrais problèmes, et notamment ceux qui pèsent d'autant plus qu'ils sont très intimes.

En même temps, parler de sa sexualité ne doit pas être pour le patient un moyen de rien aborder d'autre. C'est un piège possible pour certains patients.

Après le sevrage :

Les profonds bouleversements physiques, psychologiques et relationnels influencent fortement la sexualité, chez les hommes comme chez les femmes. Quelques patients des deux sexes conservent une sexualité jugée satisfaisante aujourd'hui comme elle l'était hier avant le sevrage. D'autres, hommes et femmes, retrouvent une sexualité jugée plus épanouie très vite après le sevrage.

Plus nombreux sont les patients « insatisfaits ». Les femmes décrivent moins d'intérêt, moins de plaisir. Les hommes également. Parfois une impuissance plus ou moins complète. Non parlés, ce sont des risques fréquents pour la rechute. Il convient donc de s'en préoccuper *systématiquement*. Certains hommes se demandent rapidement s'il ne vaut pas mieux être buveur-puissant, que non-buveur-impuissant.

Si cela n'a pas été fait avant le sevrage, on cherchera à recevoir le couple. Même si le climat est généralement bien meilleur, les surprises ne manquent pas. Comme tout le monde avait longtemps pensé que la vie *avec* l'alcool ressemblait à l'enfer, tout le monde avait un peu vite déduit plus ou moins consciemment que la vie *sans* l'alcool ressemblerait au paradis.

Telle épouse d'alcoolique longtemps blessée et humiliée, aura besoin de temps pour être à nouveau disponible pour les avances de monsieur. Telle autre épouse, plutôt mère qu'amante, pourra s'installer dans la vengeance et après avoir été victime de tant de mal pendant si longtemps, exigera le paiement d'une dette dont l'unité de compte sera le refus de la corvée coïtale.

Tel mari de femme alcoolique, devant une amante moins soumise et beaucoup moins entreprenante, sera perplexe et éventuellement ambivalent sur son désir que sa femme ne reboive pas.

Devant un homme alcoolique qui après sevrage, présente une chute de libido et une impuissance plus ou moins complète, on questionnera les traitements médicamenteux pouvant en être responsables : principalement antihypertenseurs, bêtabloquants, antidépresseurs, neuroleptiques. Bien sûr, certaines pathologies sont à prendre en considération comme la cirrhose, le diabète, l'artérite. Chacun sait qu'elles ne sont pas toutes dues à l'alcool.

Mais surtout, la patience et le temps, sont fondamentaux. Ce qui ne s'était jamais construit ou qui avait mis des années à se déconstruire, peut mettre plusieurs années à se reconstruire.

De très nombreux patients et patientes retrouvent une sexualité équilibrée et épanouie, mais au prix parfois d'une relative traversée du désert de plusieurs années. Cette nouvelle sexualité n'est plus seulement génitale et axée sur la performance. Ces années ont été nécessaires pour libérer la parole, se réconcilier avec soi et les autres, développer confiance et estime de soi, reconstruire une identité, donner du sens à ce qui s'est passé. C'est là le processus psychique du rétablissement global d'une personne alcoolique. La sexualité n'étant que la poursuite de la communication et de la relation à l'Autre par le cœur et par le corps. Ce n'est que progressivement que revient toute une gamme de sensations, émotions et sentiments permettant de tisser le lien amoureux.

Généralement, je n'utilise des médications comme le Viagra qu'après plusieurs mois d'impuissance. Mais le dialogue est engagé d'emblée, qui vise à faire en sorte que le patient ne soit pas envahi par la frustration, des deuils impossibles, une pseudo-nostalgie risquant alors, dans l'action, de se positionner en « spectateur de sa sexualité », et bloqué par l'anxiété de performance.

Lorsque le patient est impliqué dans une associations d'entraide, je lui suggère d'en parler avec certains de ses amis, choisis avec discernement.

Bien sûr, lorsque les deux membres du couple sont alcooliques, les choses se compliquent sensiblement. Il arrive aussi que tout se complique lorsque des sentiments amoureux naissent entre soignant et soigné. Le sentiment amoureux du patient envers le soignant peut naître « banalement » de la relation transférentielle. Bien sûr, tout passage à l'acte est interdit. Cela va mieux en se le disant et en l'explicitant clairement au patient. Lorsque le soignant éprouve des sentiments amoureux envers le patient, il est urgent de prendre son temps et du recul. Si passage à l'acte il y a, il est rare qu'il n'y ait pas un prix élevé à payer pour tout le monde. De toutes façons la relation de soin prend définitivement fin.

CONCLUSION

L'abstinence d'alcool n'est pas un but, elle est un commencement.

Lorsque la chaleur de l'alcool n'est plus là, nombre de patients s'inquiètent de savoir s'ils vont se retrouver dans un igloo clos et glacial. Nombreux se demandent s'ils vont encore souffrir ou faire souffrir, s'ils seront « aimables » à leurs yeux et aux yeux des autres. La chaleur viendra d'une relation patiente et attentionnée, de la tolérance, d'un pardon progressif quand il est possible.

Les soignants doivent eux aussi faire preuve de tolérance sans chercher à imposer une attitude normative, car ils doivent avoir présent à l'esprit que la « normalité » en terme de sexualité est une notion très relative, tant sont variées les pratiques humaines dans ce domaine.

Certains couples de la cinquantaine n'ont aucune relation après le sevrage, tout comme ils n'en avaient pas auparavant. Ils disent vivre cela de façon satisfaisante et ne sont pas demandeurs de changement. On peut respecter leur position.

Certains couples ont une activité à plus de 80 ans. Cela n'est ni interdit, ni obligatoire.

La plus grande partie des malades alcooliques qui se soignent, le font après la quarantaine. Ceux qui s'en sortent, voient souvent leur sexualité, à la fois s'apaiser et s'épanouir. Même si cela peut prendre des années, beaucoup d'entre eux parlent d'une harmonie dans leur couple, après s'être longtemps sentis des « mendiants d'amour ».

Échanges et discussion

Jean-Jacques CORNU. Des commentaires qui peuvent être entendus sous forme de questions. D'abord la question du temps. Pour aborder les problèmes de la sexualité, au début, il y a beaucoup de gêne, de déni de la part des patients, c'est souvent douloureux pour un homme d'évoquer un problème d'impuissance, pour une femme un problème de frigidity. Dans mon expérience, il faut un peu de temps pour cela. Est-ce qu'on peut vraiment l'aborder rapidement ? Ensuite, j'ai un peu l'impression que, quand on parle de sexualité au patient, très vite c'est relié à des traumatismes dans l'enfance et/ou dans l'adolescence. Le patient revient expliquer sa propre histoire à travers les traumatismes qu'il a pu avoir. Ça pose aussi problème parce que, en abordant sa sexualité, on arrive à son histoire dans sa sexualité. Ce que je remarque aussi dans les groupes de parole, quand on aborde le thème « la sexualité et l'alcool », très vite c'est la gaudriole, les propos gras. Il y a une certaine gêne, les gens se protègent un peu. Et au bout d'une heure, ça se dissipe et ils réussissent enfin à aborder les vrais problèmes. Ce qui me frappe aussi c'est que les patients parlent de difficultés de couple, ils viennent dans le Service – j'ai un peu l'impression que c'est *Le Chasseur Français* chez moi, il y a une sexualité débridée. Et puis, après avoir couru après tous les jupons ou les pantalons qui se posent dans le Service, quand ils retournent chez eux, à nouveau ils ont des difficultés dans leur couple.

Emmanuel PALOMINO. Il y a plusieurs thèmes dans tes propos.

- est-ce que vraiment on peut aborder la question de la sexualité si rapidement ?

Moi, j'ai passé des années sans l'aborder. Des années d'alcoologie sans jamais poser la question ! Je crois que c'était ma gêne. Je n'y pensais pas systématiquement, mais quand même de temps en temps et, quand j'y pensais, je n'osais pas poser la question. Je me disais « c'est intime – je vais gêner la personne ». Je crois que c'était ma propre gêne. Je n'ai plus cette gêne des premiers temps, donc je ne me gêne pas pour poser très vite la question, avec tact et douceur, et j'observe que les gens sont beaucoup moins choqués que je ne croyais qu'ils allaient être. Et qu'ils sont très contents qu'on aborde la sexualité. On est gagnant sur la construction de l'histoire – il y a assez souvent des choses pas belles qui se sont passées dans l'histoire de ces personnes, dans leur sexualité, l'effraction dont j'ai parlé.

On obtient à la fois du récit, de l'histoire, la construction de ce qui s'est passé qui donne sens à ce qui se passe aujourd'hui. Et aussi, on travaille sur le processus de changement.

Je n'ai pas encore de protocole établi, comme les administratifs voudraient nous voir faire, mais je le pose systématiquement après le sevrage parce que, chez les hommes comme chez les femmes, c'est une préoccupation massive. Le mot *abstinence* a cette résonance pour tout le monde. L'abstinence est un bouleversement absolu de la relation au monde, à son monde intérieur, au monde des autres – la sexualité est très souvent changée. Les gens vivent ce changement avec des craintes et des angoisses, avec des insatisfactions – et des satisfactions aussi. Ils peuvent avoir été perplexes hier dans leur pratique sexuelle dans l'alcool, ils sont perplexes aussi dans l'abstinence. Chez les hommes c'est un motif de rechute assez fréquent : « je préfère boire et bander que boire de la flotte et pas bander ». donc, dans mon expérience, si vous vous sentez à l'aise, vous allez pouvoir aborder la question. Et pour se sentir à l'aise, il faut respecter l'autre, garder une distance et ne pas être trop normatif dans sa tête. Il se trouve que j'ai fait ma thèse de médecine générale sur la sexualité des personnes âgées. Je n'imaginai pas que la sexualité pouvait être aussi protéiforme, il y a une palette de pratiques – il faut s'enlever son casque de « bonne éducation », de la norme et des convenances. Ce que je n'accepte pas, bien sûr, c'est la pratique sur les enfants.

Lorsqu'il y a des pratiques qu'on pense déviantes, il faut s'intéresser à savoir si les gens sont clairement consentants, dans quoi cela s'inscrit au sein de la relation.

- Aborder la problématique en groupe ?

Je l'aborde toujours dans un premier temps en relation duelle. Il y a des structures qui abordent de façon systématique la sexualité dans des groupes de parole. A ce qu'on m'a dit, cela fonctionne bien notamment dans les centres où il y a des groupes de parole pour les femmes. La question de la sexualité et de la maternité paraît abordée de manière fine, les gens progressent beaucoup. D'autres centres le font avec des groupes mixtes. Il y a une première phase de gaudriole, ça fait partie des soupapes. Si l'institution sait gérer, cadrer cela, dans un 2^{ème} temps, il semble que les groupes mixtes soient mieux. Ça m'a surpris.

Si on arrive à trouver un cadre contenant, de sécurité psychique pour chacun, apparemment les groupes mixtes fonctionnent bien parce que, justement, les hommes peuvent voir des choses de la sexualité féminine qu'ils n'imaginaient pas ou qu'ils fantasmaient, et inversement. On peut voir des traumatismes qu'on a pu donner, ou recevoir, consciemment ou de façon un peu perverse.

- La sexualité entre « curistes ».

Ces patients qui se laissent aller dans l'institution et ensuite catastrophe quand ils rentrent à domicile... cela me paraît difficile de l'éviter à 100%. Je pense que cela dépend beaucoup du cadre institutionnel. Les professionnels de l'institution sont-ils à l'aise pour aborder ce sujet ? assez souples et assez contenant ? cela dépend beaucoup de la réponse institutionnelle, si elle a posé un cadre et des limites parfaitement définis.

On disait tout à l'heure que les alcooliques vivent sur une autre planète, en alcoolie. Des fois on me demande ce qu'est la thérapie au DISPAA à Jonzac – si je ne dispose que de 45 secondes, je dis que ce centre est une « maison de passes ». Alors on me donne un peu plus de temps pour expliquer ! Je dis aussi que c'est une maison de rencontres. Ce qui est né d'une rencontre entre un produit et un être humain dans une civilisation et à un moment donné de l'histoire, ce sont d'autres rencontres qui vont permettre de le défaire pour que d'autres liens se retissent. On essaie de créer des passerelles entre l'alcoolie et la terre. C'est vrai que dans cette « maison de passes » il faut des règles. On propose un programme écrit que l'on donne au patient avant son entrée. Parfois on me dit « mais c'est pire que l'armée ! ».

Il y a deux pages pour définir les interdits. Je réponds que je n'ai pas voulu faire la liste de ce qui est autorisé parce que c'est trop long. Les interdits sont des choses basiques, ce qui permet de vivre ensemble, de créer des liens, de ne pas se manger ! En fin de cure, les gens disent souvent « qu'est-ce que je me suis senti libre ! » Définir ce qui est permis et ce qui ne l'est pas définit ma liberté et celle des autres. Le désir des humains rencontre toujours le désir d'autrui, il faut clairement édicter des règles. Il me semble qu'il y a moins de risque alors que cette maison de passes devienne une maison de partouzes.

Colette LORTET. Je pense que nos patients viennent nous dire leur dépendance à l'alcool mais ils sont dépendants à beaucoup d'autres choses, ils sont peut-être dépendants à leur sexualité et à l'objet de la sexualité. Ils viennent le dire mais il faut leur laisser le temps de le dire. Contrairement à toi, je pense que ce temps est très important. Et ce qui me paraît important, c'est le changement de niveau qu'il va y avoir. Ils ne vont plus parler de dépendance mais ils vont retrouver une liberté et on va pouvoir parler de désir. Pour se dire, le désir demande beaucoup de temps. Ils vont partir de nos cabinets avec du désir. Faut-il qu'il soit forcément dit ou pas ? je n'en sais rien. Est-ce que l'objet dont on a été dépendant, l'objet d'amour, peut devenir un objet de désir ?

Emmanuel PALOMINO. Dans ce que je vois avec mes consultants, la réponse est oui mais il peut s'écouler du temps. Je vois beaucoup d'hommes et de femmes qui, après le sevrage, ont une baisse importante du désir, de la pratique. Les réactions à ça sont très diverses. Certains sont très inquiets, très insatisfaits ; d'autres ne s'inquiètent pas alors qu'il y a 20 ans, je me serais inquiété à leur place sur la sexualité non agie. Maintenant je prends ça avec plus de recul. J'observe que, si l'abstinence tient la route dans le temps, si les gens retissent du lien, petit à petit le désir revient. Leurs mots à eux, c'est qu'ils se sentent mieux. Après du temps. Cela peut être quelques mois, j'ai vu aussi plusieurs années, ils disent qu'ils se sentent mieux dans cette sexualité souvent avec moins de performances, moins agie mais elle est plus agréable, avec un plaisir plus épanoui. Il y a du désir, il y a de l'attente, il y a de la place pour l'autre. Les gens parlent du désir de l'autre, du plaisir de donner du plaisir à l'autre – jamais on n'a de tels propos dans la phase active de la maladie. Donc je pense que le désir peut renaître, il faut prendre le temps et accompagner ce processus. Il faut être là, il faut s'engager. Si je peux, je parle dès le premier entretien, cela ne veut pas dire « racontez-moi dans l'agir ». Je stimule la possibilité pour la personne si elle a envie d'en parler. Cela veut dire qu'on s'engage. Si la personne, pendant 3 ans a une sexualité au niveau agi de zéro, ce n'est pas évident de porter en permanence, en faisant référence au temps, à tisser doucement le lien à l'autre, accepter de prendre du temps pour que le désir vienne, etc. La thérapie de l'humain nécessite l'engagement dans le temps.

Colette LORTET. Mais peut-on dire que ce que nos patients ont très rarement ressenti ne peut renaître que s'il y a de la séduction ? est-ce que l'objet d'amour, qui n'a pas été un véritable objet d'amour au départ peut re-séduire ? je n'en sais rien. Je l'ai vu très rarement. P. AULAGNIER en parle très bien.

Emmanuel PALOMINO. Je suppose que tu ne parles pas de la séduction du thérapeute...

Philippe BRENOT. Je suis d'accord avec Colette LORTET, c'est vrai que l'amour nécessite du temps. Lorsque la sexualité va revenir dans un couple, il faut du temps pour que les choses se transforment. Je suis aussi tout-à-fait d'accord qu'il faut parler très vite de sexualité. Mais nous sommes devant des façons de voir que nous avons depuis longtemps. J'ai eu, comme vous, une formation psychanalytique, j'ai fait des thérapies individuelles et aujourd'hui je ne fais plus que des thérapies de couple. Nous avons été formés à l'écoute. A l'époque, on ne parlait pas de sexualité.

L'objet sexualité aujourd'hui est connu, donne des complexes à tout le monde, avec des représentations sociales exagérées et la plupart de nos patients sont culpabilisés. Un second point est l'absence de formation sur la sexualité dans les études médicales ou paramédicales. La psychiatrie, la psychanalyse nous apprennent les repères sexuels, nous ne savons pas ce qu'est la sexualité, nous n'interrogeons pas. Parfois je vois des gens qui consultent parce que reviennent des choses, par exemple, d'un inceste, ils sont en thérapie depuis des années, n'en ont pas parlé parce que le thérapeute « n'a jamais demandé ». avec les gens qui s'occupent de victimologie, je pense à Gérard LOPEZ, nous sommes un certain nombre aujourd'hui à interroger dès les premiers entretiens. J'ai appris à dire « n'avez-vous pas, dans l'enfance ou l'adolescence, subi des attouchements sexuels ? » - une fois sur trois, la personne dit oui. Et dans la moitié des cas, elle dit « c'est curieux, je n'y avais jamais pensé ». Je dirai que c'est non assistance à personne en danger de ne pas le poser aujourd'hui. En tant que praticiens, nous ne posons pas la question sur la sexualité parce qu'on ne nous en a pas parlé.

Des études ont montré que les sujets ne déclaraient pas les symptômes sexuels comme ils déclaraient les autres troubles somatoformes. Le Viagra était un produit cardiovasculaire, les gens mentionnaient comme effet secondaire les céphalées, pas les érections.

Avec Michel GEFFRAULT, médecin généraliste à Bordeaux, on a élaboré un protocole simple pour savoir si les patients répondraient à une question de leur médecin sur leur sexualité. Il demandait « et au fait, avez-vous des difficultés sexuelles ? ». Il posait la question soit quand le patient arrivait, avant qu'il parle, soit à tout moment en cours d'entretien, soit juste au départ du patient. Il a eu 2 refus sur 50, les gens étaient contents. « Enfin, j'ai vu souvent mon médecin, jamais on ne m'en avait parlé. » Il ne s'agit pas d'être incisif, c'est à nous de savoir faire, mais il faut parler ouvertement parce que les gens sont satisfaits ou ils vont vous dire si cela les gêne et on va parler pourquoi ça les gêne.

Gérard OSTERMANN. La question de Colette me faisait penser à Erich FROMM et son livre *L'art d'aimer*. Il pose bien la question. Il y a un premier contresens qui prétend que l'important c'est d'être aimé ; il insiste que ce qui est important c'est peut-être la capacité d'aimer. Second point, on voit bien que les hommes et les femmes passent beaucoup de temps à chercher le bon objet. Souvent ce bon objet est là, devant nous. Il est voilé, obscurci, parfois par l'alcool. Il est très important de retrouver, à travers le lien, à travers la relation ce qui va faire cette capacité d'aimer et de découvrir la relation. Le mot sexualité évoque peut-être la procréation mais cela masque toute une autre dimension qui est la création véritable. Et créer demande du temps. La sexualité, on en voit le côté paroxystique, éphémère, l'orgasme étant le marqueur de temps par excellence mais je crois que d'une certaine manière la sexualité est toujours pensée dans la durée.

Lionel BENICHOU. Les questions sur la sexualité en cours de thérapie ou simplement dans la relation médicale sont squeezées. Cela me rappelle que les questions sur l'alcool sont squeezées ! Combien de patients m'ont dit « j'ai fait une thérapie analytique pendant 4 ans,

jamais il n'en a été question. Même quand j'ai voulu aborder la chose, c'est tombé dans le vide ! »

Colette LORTET. Ou « on m'a dit d'aller en parler ailleurs ! »

Lionel BENICHOU. Oui, « on m'a dit d'aller en parler ailleurs. » Et il y a le problème du contexte culturel. Cela me rappelle une remarque d'un patient alcoolique qui avait « subi » un sevrage. Un homme de la grande vague migratrice espagnole. Il est revenu revendiquer : « je ne suis plus un homme ! »

Il a repris sa langue pour dire « un homme », avec tout ce que cela connote de la sexualité telle qu'elle est envisagée dans sa culture. C'est aussi très général en matière de relations humaines : il faut tenir compte du contexte culturel.

Michel FARUCH. Une première remarque, c'est une phrase des *Filles de Loth* : « elles donnèrent à boire du vin à leur père et entrèrent dans son lit ». On descend probablement d'un inceste fantastique. Une seconde remarque, c'est une patiente qui me disait : « je bois, je m'envole et il me viole » ; elle avait vécu comme ça 40 ans de sa vie. A travers tout ça, il y a une relation entre trois mots qu'on retrouve tout le temps chez nos malades alcooliques : *peur* – *honte* – *culpabilité*. Si on ajoute *sexualité*, ça fait un sacré mélange. Après un sevrage, on voit la perte totale de ces faux repères et l'impossibilité à « aller vers », c'est-à-dire avoir une véritable relation sexuelle.

Après un sevrage, le malade ouvre les yeux, fait son expertise et il voit combien c'est catastrophique autour de lui. Et là, nous avons une éthique. J'ai une petite expérience de 2 ans – j'ai mis du temps avant de pouvoir créer ce groupe. J'ai demandé à deux infirmiers de créer un groupe pour les patients de l'Unité. Au départ, je l'avais appelé « sexualité et alcoolisme » ; hélas, cela n'a pas marché. Il y a un an, sur une remarque d'une infirmière, j'ai appelé le groupe « sensualité » et j'ai demandé aux infirmiers de faire de l'information, comme on en ferait en classe de 3^{ème}, pour permettre après, en individuel, de structurer une histoire et de remonter, souvent, à des histoires d'inceste, de violence, de viol, etc. Il faut du temps, ça c'est sûr. Et on remarque que quand le sujet, à travers son abstinence, a pu commencer à décrypter ce qui se jouait dans ce trio infernal ma compagne – moi – ma maîtresse/alcool. Ce qu'ils avaient mis dans cette maîtresse. Souvent ils vont faire le deuil de cette maîtresse, mais la compagne va y passer aussi. La vraie sexualité se fait avec une nouvelle histoire, parce que si la compagne a accepté la maîtresse et le trio infernal, c'est qu'elle était en insuffisance de féminité.

Colette LORTET. Je te remercie d'avoir employé le mot « sensualité ». On a bien intitulé notre colloque « Sensualité, sexualité, alcool ».

Salle. Une remarque sur ce que Jean-Jacques CORNU dit de la différence entre la sexualité des patients dans l'établissement – je ne sais pas si c'est une sexualité dite, agie ou essayée... – et ce qui se passait chez eux ensuite. Je suis psychologue au D.I.S.P.A.A. de Jonzac. J'ai remarqué que l'interdiction du passage à l'acte dans le cadre du Service entre patients – et bien sûr entre soignants et patients – permettait peut-être d'arriver plus vite aux mots, à ce que les gens ont à dire sur leur propre sexualité. Cadrer permet d'aider à parler.

Deuxième remarque. J'arrive assez bien à parler des problèmes d'abus sexuels avec les patients mais je me suis aperçue que, si beaucoup parlent des abus qu'ils ont reçus, vécus, subis de la part de parents ou de proches qui s'alcoolisaient, je me dis que parmi les gens que je reçois, qui sont malades alcooliques et qui ont des enfants, je pense qu'ils sont un certain nombre à avoir commis des abus. Là, la question c'est comment l'aborder, toutes les conséquences. Je sens que certains tournent autour, je tente par des questions de susciter la capacité à dire, mais c'est compliqué et, là, je ne suis pas du tout à l'aise. Faut-il aborder ce sujet ? Comment l'aborder ?

Emmanuel PALOMINO. Si la question m'est destinée, je n'ai pas la réponse – on en a parlé dans le Service, c'est délicat. Si on arrive à quelque chose d'un dévoilement, on a obligation légale de le signaler. Donc on est gêné à plein de niveaux. J'essaie de « tourner autour du pot », j'essaie de ne pas me taire mais je trouve que cela ne débouche pas souvent sur quelque chose de pertinent, pour personne. Je crois les blocages sont trop importants pour que le patient, dans ce contexte-là... s'il avait bu, peut-être il le dirait, mais ce n'est pas permis par le règlement.

Jean-Jacques CORNU. Je pense qu'il faut parler des abus subis. Je remarque qu'ils en parlent dans le cadre du suivi, après la sortie. Des problèmes aussi douloureux et importants sont abordés, pas tout de suite, avec un peu de temps d'abstinence. La question des abus infligés est très complexe – on pourrait débattre une journée.

Ivresses conjugales

Philippe BRENOT

Psychiatre, Anthropologue – Paris
Enseignant en Sexologie à l'Université Paris V

Je suis un Bordelais qui, depuis un an et demi, vit à Paris. J'ai exercé toute ma vie à Bordeaux en tant que psychiatre, m'occupant de problèmes de sexualité et j'ai fondé avec Jean TIGNOL l'enseignement de sexologie à Bordeaux II. Aujourd'hui je dirige cet enseignement à Paris V. Il n'y a pas d'enseignement de sexologie pendant les études des soignants mais, tous, si cela vous intéresse, d'enseignement universitaire de sexologie dure trois ans pour les médecins, deux ans pour les non-médecins – psychologues, soignants, enseignants. C'est à Bordeaux II, en général le samedi et c'est la formation indispensable pour comprendre la complexité de la sexualité.

Je n'aime pas le terme de sexologie, mais c'est celui qui est utilisé. Ce n'est pas du tout, comme ont pu le dire des psychanalystes aux débuts de la sexologie, une sorte de superficie de la sexualité qui serait du comportement. La sexologie contient la psychanalyse, contient tous les modes de lecture de la sexualité. Le mot est mauvais. Je suis un psychiatre qui s'occupe de sexualité humaine et de tous ce qui nous permet de la comprendre. La sexualité n'est pas que désir, elle est aussi biologie même chez la femme. Quand c'est compliqué, on dit « c'est tout psychique ». De nombreuses difficultés chez les femmes sont dues à une inhibition, un frein névrotique. Au moins autant sont dues à des phénomènes d'apprentissage que nous ne connaissons pas bien, mais qui sont des problèmes de simple remplissage des corps caverneux de l'intérieur des petites lèvres – ils n'ont pas été appris du fait de freins psychologiques mais peu importe ! C'est du psychologique devenu du biologique qui ne peut pas bouger comme ça. Qui parfois ne bougera jamais. La chose n'est pas dichotomique, elle est complexe. Il y a un 3^{ème} niveau, celui des représentations sociales. Aujourd'hui, on ne peut plus parler avec les gens de la même façon que nos arrière-grands-pères. On ne parlait pas de sexualité. Aujourd'hui, des gens sont culpabilisés parce que si on n'est pas échangiste, on est un sous-homme ou une sous-femme. Il y a une espèce d'exigence de performance, qu'on lit dans tous les journaux et qui va donner des complexes si on est en décalage avec l'idéal de soi-même ou l'idéal du couple.

J'ai dit « Les ivresses conjugales » simplement parce que je m'occupe de couples, j'ai vu à un moment beaucoup de gens dans l'alcool ou les toxiques – j'en vois moins. Je vais simplement faire un parallèle ; je vais parler d'ivresses, de couple, du lien entre ivresses, couple, alcool et amour. Amour au sens atemporel du terme, c'est à dire où le temps compte – il est atemporel parce que le temps compte, qu'il n'a pas de limite.

Il y a un parallèle entre alcool et amour. Dans son livre *Les ivresses*, Yves PELICIER nous dit : « L'ivresse alcoolique n'est qu'une forme à la fois triviale et banale de l'ivresse en général, phénomène anthropologique largement recherché dans toutes les cultures, en tous lieux, en tous temps ». Une telle universalité suppose sans doute qu'il réponde à une véritable nécessité psychologique. Les ivresses sont nombreuses. Elles traduisent toujours la régression, les emballements de l'âme humaine, ivresse métamorphique, transcendante, ivresse alcoolique, ivresse toxique, ivresse religieuse, sportive, ludique, ivresse artistique, ivresse amoureuse, ivresse mystique, ivresse sensorielle, ivresse de l'isolement, ivresse des profondeurs, ivresse des cimes, ivresse des savants, ivresse des poètes, oscillant entre le paradis et l'enfer, entre le rêve et la réalité.

Dans notre registre médical, l'ivresse pourra être qualifiée de *pathologique*, elle pourra *modifier l'état de conscience*. Autant il y a régression, au sens freudien, autant au niveau psychophysiologique, il y a modification de l'état de conscience. L'esprit est modifié dans ses réactions, ses phénomènes d'attente, on ne réagit plus de la même façon parce que le niveau d'excitabilité corticale est totalement modifié. Elle pourra être déclenchée par de multiples substances médicamenteuses, toxiques. Mais cette ivresse pourra être aussi endogène, prendre naissance en soi, dans les profondeurs de l'être intime, dans le non-dit, dans l'inconscient, dans l'archaïque. Elle est toujours un état modifié de conscience, elle est recherchée pour ses effets psychophysiologiques, pour ses effets d'hypovigilance – l'effet anxiolytique de l'alcool par exemple – pour ses effets de rêverie, de relaxation, d'abandon, de transformation, de métamorphose. J'aime ce terme parce que je crois que toutes les métamorphoses sont ainsi potentiellement génératrices d'ivresse. Ca n'existe pas trop, cela a été condamné par l'Eglise parce que c'est insupportable : Dieu a créé les êtres uns et cela ne doit pas changer, il n'y en a qu'un qui se transforme, vous le savez, c'est le Diable. Si vous êtes doubles – duplicité – vous êtes peut-être une forme diabolique. Toutes les métamorphoses sont ainsi potentiellement génératrices d'ivresse par le changement de niveau qu'elles sollicitent. La culture systémique nous montre que quand il y a des changements de niveau, on est autre. Quand on est ivre, quelle que soit l'ivresse, on est autre. Quand on est amoureux, on est autre. Ce changement de niveau est vraiment ce qui est recherché. C'est aussi le fondement de l'hypnose – mécanisme psychophysiologique commun à tous les vertébrés. Ce changement de niveau pourra être recherché parce qu'on est transformé. L'attachement, l'amour, les jouissances charnelles, mystiques ou sentimentales seront ainsi elles-mêmes des métamorphoses susceptibles d'ivresse au cours de l'union plus ou moins intime à l'autre. C'est ce que je nomme *ivresses conjugales*.

Le mot *ivresse* remonte au 12^{ème} siècle dans la langue française, *ivrogne* n'apparaît qu'au 14^{ème} suivi un siècle plus tard de son féminin *ivrognesse* et ensuite du substantif *ivrognerie*. C'est la même chose avec *masturbation* – manu stupare, obtenir du stupre avec la main – inventée dans la langue française par MONTAIGNE, en 1585 et le mot *masturbateur* ne sera utilisé pour la première fois qu'au 18^{ème} siècle sous la plume de SADE. Entre temps, il n'y a pas d'utilisateurs... Donc on a *ivrogne* au 14^{ème} siècle, *ivrognesse* au 15^{ème}, *ivrognerie* à la fin du 15^{ème} puis enfin *ivrogner*. Si ces derniers termes sont teintés de vice, de dépravation, de pathologie, l'ivresse conserve encore aujourd'hui ses lettres de noblesse par la dimension sublimée des états psychiques qu'elle produit, malgré la condamnation unanime de son image sociale.

Dans *La Grande Encyclopédie*, en 1902, l'ivresse est essentiellement due à l'ingestion d'alcool ou de stupéfiants tels que l'opium ou le haschich, mais l'Encyclopédie mentionne une ivresse spirituelle, qui donnera lieu à une importante littérature, surtout au 19^{ème} siècle. Les mystiques appellent ainsi « une disposition d'âme si douce, si ardente, accompagnée d'une joie si excessive et d'un contentement si sensible que la personne qui en est affectée ne sait ce qu'elle doit vouloir ou faire, désirer ou demander. » Presque un état de confusion – on sait très bien que l'hypnose provoque un état de confusion, que la béatitude est un état de confusion mentale. « Elle hésite à parler et se tait et, enfin, ne pouvant se contenir au dedans d'elle-même, elle s'élançe au dehors par des gestes, par des cris de joie, par des cantiques à la louange de Dieu. Elle est comme une personne ivre, état que Sainte Thérèse appelle une sage et sainte folie. » C'est l'expression être hors de soi. Ça existe dans la colère – les Romains disaient que la colère est une courte démence ; *de mens*, on n'a plus son esprit. Il y a des états qui nous font sortir de nous-mêmes, ce sont des ivresses.

Le champ sémantique de l'ivresse est difficile à définir parce qu'il oscille sans cesse entre le licite et l'interdit, entre le sublime et le dégoût. L'ivresse conjugale n'échappe pas à cette description, toute autant jubilatoire, voluptueuse que désespérante et mélancolique. L'ivresse signe la régression, les liens d'attachement distendus, un état de conscience modifiée, tout ce qui fait la relation humaine passionnelle – j'insiste sur ce mot – celle-là même que le couple fait naître, nourrit, entretient, distend et déchire. Les gens viennent pour des symptômes, en cours d'alcoolisation ou non, et il y a une solution, toujours, mais elle est rarement possible. La solution, c'est qu'il y ait un état passionnel. Tous les couples se sont rencontrés dans un état amoureux. Mais nous ne restons pas en couple pour les mêmes raisons. Si on fait quelque chose d'irréparable dans les moins de deux ans que dure la passion – acheter un bien matériel, se marier, avoir des enfants – cela devient très compliqué. La plupart des troubles sexuels sont dus au fait qu'on n'aime plus de la même façon l'autre, on ne peut plus obtenir le même niveau d'excitation. J'essaie donc de ranimer la passion. La plupart du temps, ce n'est pas très facile, mais je trouve quelques couples *résilients* pour citer B. CYRULNIK. Dans les thérapies de couple, on se débrouille pour enlever les obstacles – on travaille éventuellement sur les névroses incompatibles, les obstacles à l'approche – ensuite il faut qu'il y ait un ferment. Sinon on a enlevé les conflits mais il n'y a plus grand chose !

Tous les amours ne mènent pas à l'ivresse. STENDHAL l'a bien montré, seul l'amour fou, sa cristallisation, va permettre aux deux amants de vivre l'ivresse de la phase passionnelle – ce moment de transcendance psychique et charnelle de l'amour - sentiment. Il y a de nombreux phénomènes, à la fois psychiques et somatiques qui accompagneront ce moment souvent inouï (car jamais vécu) de la passion. Ce sont des vécus d'extase, de régression, d'hypnose, voire de confusion qui s'accompagnent de sensations de bien-être, d'épanouissement, de septième ciel. On ne dort pas, on peut parler toute la nuit, on n'est pas fatigué, on va travailler... c'est souvent compatible avec une vie d'étudiants, ou des vacances. Il y a des obstacles sociaux à ce que l'état d'excitation perdure. L'amour passion demande du temps, on est à plein temps avec l'aimé. On se consacre totalement à l'autre, ce qu'on a connu petit enfant. Mais la fusion des amants n'est pas immature, bien qu'ils existent des couples qui sont dans la fusion et qui sont immatures. Les êtres matures ne se disent pas tout et peuvent vivre des moments de passion à l'insu de la personne avec qui ils ont choisi de vivre une vie de couple. Dans ce moment de la passion, qui peut survenir plusieurs fois au cours de la vie, il se passe des choses extraordinaires, non ordinaires. Ces choses sont incompatibles avec une vie sociale car le reste du temps nous n'avons pas un psychisme identique à ça.

Nous sommes dans un état spécial, extraordinaire, qui correspond au niveau psychique, idéalique, d'excitation qui rend le niveau de désir permanent. Francesco ALBERONNI, sociologue italien, dans son livre *Le choc amoureux*, écrit que, dans le choc amoureux, il se passe une sexualité extraordinaire. Quand on trace l'histoire de la vie sexuelle d'un sujet en difficulté dans son couple, surtout d'une femme – on s'aperçoit que près de 50% d'entre elles ont peu ou pas de plaisir de toute leur vie – il ressort que le seul moment d'épanouissement a été celui de la rencontre, il y a 20 ans et qui a duré 3 semaines. Cette phase passionnelle est due à une phase d'ivresse amoureuse ; l'état d'excitation est tel qu'il n'y a pas besoin d'excitation. L'homme est facilement excité, il est dans une sexualité réflexe où il confond érection, amour et désir. La femme qui ne s'est pas construite au niveau de la sexualité, érotiquement construite, attribuera ce niveau d'excitation à l'homme de la rencontre, le seul avec qui elle ait joui – et non qui l'ait fait jouir.

Après ce moment fugace, quelques jours, quelques mois, pas plus de deux ans, il y aura le passage compliqué de cette phase passionnelle à ce qu'on appelle l'amour durable. Pour les couples, c'est compliqué d'arriver à maintenir la séduction, à faire perdurer des moments d'excitation. La vie courante est un mécanisme qui tue l'amour.

L'ivresse de l'état amoureux est certainement la clé de l'épanouissement des couples. Quand il y a de l'alcool dans le couple, c'est vrai qu'il existe des sortes d'ivresses à deux. FREUD, dans *La psychologie de la vie amoureuse*, fait de l'état alcoolique le prototype de l'état amoureux. Biologiste de la fin du 19^{ème} siècle, FREUD a été le premier à décrire les neurones de la lamproie. Ensuite il a fait un peu d'hypnose puis a trouvé mieux d'avoir une relation avec des humains allongés en psychanalyse. Mais il s'est très peu occupé de sexualité. C'est important parce qu'à la fois il est révolutionnaire en 1905 lorsqu'il écrit ses *Trois essais* sur la théorie de la sexualité – c'est totalement juste aujourd'hui. Dans ce livre, il fait la construction psychosexuelle, les stades d'oralité, d'analité, le stade phallique, il parle de la sexualité des enfants – ils ont une sexualité bien plus tôt qu'on ne le croyait, FREUD dit « on a même vu un enfant de 4 et 5 ans avoir des attouchements envers lui-même ». il précise que, quand on en saura plus au niveau de la biologie, il faudra revoir la théorie, mais personne ne l'a jamais revue. Donc il est révolutionnaire en 1905, on va le taxer de pervers, de pansexuel voyant du sexe partout, il a permis que le 20^{ème} siècle se transforme avec cette écoute – les relations humaines sont sexuées. Il ne parlera pas directement de la réalisation sexuelle et il n'écrira rien d'autre sur la sexualité. Il émettra des jugements – l'histoire des vaginales et des clitoridiennes. Il écrira quelques articles, regroupés après sa mort dans un recueil qui s'appelle *La vie sexuelle*. On y trouve ce petit passage, *La psychologie de la vie amoureuse*. FREUD évoque divers moyens que l'individu a à sa disposition pour supporter la réalité, moyens de diversion, de substitution, d'élévation. Il insiste particulièrement sur les ivresses, qu'il lie plus à l'alcool qu'à la drogue – alors qu'il était lui-même un grand cocaïnomane – ivresses qui sont pour lui un modèle pour la relation amoureuse. « A t'on jamais entendu dire que le buveur fût contraint de changer sans cesse d'une boisson qui resterait la même ? Au contraire, l'accoutumance resserre toujours davantage le lien entre l'homme et la sorte de vin qu'il boit. Les propos des grands alcooliques évoquent l'harmonie la plus pure, comme une sorte de modèle de mariage heureux. Pourquoi la relation de l'amant à son objet sexuel est-elle si différente ? ».

On pourrait faire tout un colloque sur cette réflexion. Il souligne à la fois la similitude de l'ivresse amoureuse et de l'ivresse alcoolique mais aussi leur grande différence dans le temps. L'alcool et le buveur renforcent la dépendance tandis qu'avec le temps les amants voient la relation se tendre, se distendre, parfois se rompre, le désir s'atténuer si rien ne vient réactiver le sentiment amoureux. Nous sommes à l'articulation de la passion et de l'amour durable. La phase passionnelle ressemble en tous points à l'ivresse alcoolique et même à sa dépendance. L'amour durable suit un autre modèle. La transition est due à l'arrêt, souvent brutal, de la phase passionnelle qui ne peut durer très longtemps car elle correspond à un état d'activation idéique et motrice et d'excitation du système nerveux qui déséquilibre son système nerveux. Et très vite, ça change. Beaucoup plus, apparemment, chez la femme que chez l'homme car la femme ne retrouve pas facilement cet état d'excitation.

Pour revenir à l'alcool, l'ivresse de l'un des partenaires est souvent très mal vécue dans le couple en même temps que régresse sa sexualité. Le sujet, pris au piège de la dépendance, perd autour de lui ses objets d'investissement sociaux et crée un vide qu'il remplit d'alcool, barrière souvent infranchissable entre le conjoint et l'alcoolique.

Il y a parfois délire à deux. L'alcool efface les repères de la réalité, la passion, l'enthousiasme sont communs avant la retombée. C'est le drame bien connu des couples alcooliques qui renforcent mutuellement leur dépendance se déchirent dans une habitude chronique d'où la sexualité est la plupart du temps absente. On voit aujourd'hui de très nombreux jeunes couples utiliser le haschich pour vivre un moment amoureux. La dépendance est manifeste. La sexualité se fragilise, au point de ne plus pouvoir vivre la sexualité sans prise d'un toxique. Difficultés érectiles et éjaculations rapides chez l'homme s'associent à l'inhibition du désir et l'anorgasmie chez la femme. C'est le lot des ivresses exogènes, véritable maladie de la dépendance.

L'ivresse amoureuse constitue certainement la médication la plus efficace pour le renouveau des couples et la levée des symptômes sexuels. C'est la voie naturelle que trouvent les couples épanouis, c'est la voie thérapeutique qu'empruntent les couples en difficulté. La réactivation amoureuse et l'ivresse sensorielle qui l'accompagne permettent de lever le symptôme sexuel mais seuls les couples résilients – qui portent en eux suffisamment de ferment amoureux – pourront y parvenir. L'ivresse amoureuse est le fruit d'une activation inconsciente, de la magie des sentiments, du jeu de la séduction. Les difficultés relationnelles que rencontrent beaucoup de couples ne sont qu'une conséquence naturelle de l'affaiblissement du lien entre les deux partenaires car le fantasme contemporain – le couple amoureux passionnel de longue durée – est impossible ; il faut trouver un amour durable. Je l'ai montré dans un livre qui s'appelle *Inventer le couple*, il est normal que les couples soient en difficulté car on les culpabilise trop en leur disant qu'ils sont pathologiques. Ce n'est pas normal d'être longtemps ensemble, ce n'est pas normal de vivre en couple. Il faut inventer le couple, on doit travailler tous les jours. Le couple doit être sans cesse réinventé pour que dure le lien amoureux, pour que renaisse la passion qui entretient l'ivresse conjugale, indispensable à l'épanouissement intime.

Échanges et discussion

Gérard OSTERMANN. Je repensais à un entretien téléphonique que j'ai eu avec Michèle MONJAUZE. Je lui avais demandé « alcool et sexualité, ça vous dit quoi ? » et elle m'a répondu textuellement « je fais très bien les PIP », les Psychothérapies d'Inspiration Psychanalytique !

Michel FARUCH. On a souvent parlé du couple, avec Philippe BRENOT. Je voudrais replacer quelques points, illustrer. Lorsque tu dis qu'il s'agit d'un travail à plein temps avec l'être aimé, je dis qu'il s'agit d'un travail à plein temps avec moi-même. C'est comme ça que Victor HUGO passe sa vie à écrire, parce qu'il se régale. Je crois que dans la passion, il y a aussi l'*androgynat*. Quand on parle de passion, on ne peut pas faire l'impasse sur l'androgynat de PLATON. Deuxièmement, on va vivre avec Eve – Eve vient du mot « terre » – on vit pour faire monter la terre, mais on va rêver avec Lilith. Elle va nous faire rêver tout le temps et on va aller la chercher. Pourquoi ? parce qu'avec Lilith, on a ce sentiment océanique, le sentiment amoureux tel que FREUD en parle, ou FERENCZI dans *Thalassa*. Par contre, il y a ce côté intemporel ou atemporel. On voit des patients à 75 ans, qui vont reparler de ce moment-là parce qu'il a été un moment fondateur pour eux, qui ne va plus les quitter alors qu'il n'a duré, comme tu l'as dit, que 15 jours, une semaine voire 48 heures.

Pour illustrer ça, André BRETON dit « je suis toi avant de te connaître mais cela fait des siècles que je t'attends ». Plus près, il y a DALI qui enlève GALA à ELUARD et qui dit « je t'attends et nous allons avoir un orgasme cosmogonique ». A voir l'histoire, c'était aussi pas mal de souffrance. J'ai un confrère de 50 ans, assez rigide dans son comportement. Ses enfants se marient, il se retrouve seul avec lui-même. Il m'appelle la semaine dernière et me dit : « c'est affreux ce qui m'arrive, il faut absolument que tu m'aides. Je crois que je vais tout planter. Ma femme a 10 ans de moins que moi, on a fait le chemin. Je plante tout. Qu'est-ce que tu en penses ? » Je lui ai dit deux choses. D'abord que cela allait lui faire beaucoup de bien, parce qu'il allait souffrir et surtout qu'il faut absolument le vivre, mais qu'il ne mélange pas tout. Et j'ai ajouté cette citation « en te voyant, tu es plus intime à moi-même que moi-même à moi-même. » il me répond « c'est sûr, je me sens même intelligent. »

Philippe BRENOT. Tout à fait d'accord sur le travail personnel mais je dirais qu'il doit être fait avant. Les trois quarts des couples que nous sommes amenés à voir sont des couples immatures. Pour pouvoir vivre l'intimité avec un autre, nous devons avoir une maturité psychologique, éventuellement avoir fait un travail. Nous devons avoir une maturité érotique et, ça, on ne nous l'a pas dit. Quand les partenaires du couple sont matures, l'épanouissement peut peut-être venir – la sexualité se passe d'abord avec soi-même, ce n'est pas du tout de l'altruisme. Si on peut vraiment la vivre avec soi, on peut peut-être partager quelque chose avec quelqu'un. Dans les faits, cela demande un plein-temps de re-séduire le partenaire. Pour finir, je suis surpris d'une chose qui m'a été amenée par un livre, l'idée que nos sociétés ont mis de côté le « féminin sacré ». La sexualité est une union avec Dieu parce qu'il y a une complémentarité, mais le Christianisme et le religion catholique ont éliminé les femmes. Consacrer un plein-temps à la partenaire, pour les hommes, c'est retrouver le féminin sacré.

Travail en ateliers

Modérateur : Paul BONNAN, Psychiatre – C.H. Cadillac

Atelier 1 : « Les perversions, histoire d'un concept ».

Animateur : Michel FARUCH, Psychiatre, Psychanalyste – Toulouse,
Vice-Président de la Société Française de Sexologie

Co-animateurs : Paul BONNAN, Psychiatre – C.H. Cadillac
Jean-François MARSAN, Psychiatre – C.H. Ch. Perrens-Bordeaux
Colette LORTET, Médecin – Bordeaux

Atelier 2 : « Relaxation et sexualité ».

Animateur : Philippe BRENOT, Psychiatre, Anthropologue – Paris
Enseignant en Sexologie à l'Université Paris V

Co-animateurs :

Atelier 3 : « Abus sexuels et alcool ».

Animateur :
Christophe LAGABRIELLE, Psychiatre – C.H. Ch. Perrens-Bordeaux

Co-animateur :
Jean-Jacques CORNU, Médecin – C.H. Montpon-Ménéstérol

Atelier 1 : « Les Perversions, histoire d'un concept ».

Animateur :

Michel FARUCH, Psychiatre, Psychanalyste – Toulouse

Co-animateurs :

Paul BONNAN, Psychiatre – C.H. Cadillac

Jean-François MARSAN, Psychiatre – C.H. Ch. Perrens-Bordeaux

Colette LORTET, Médecin – Bordeaux

Michel FARUCH.

Si nous ne réduisons pas notre sujet, nous pourrions passer tout un séminaire, voire plusieurs séminaires sur les perversions. Pour ceux qui sont intéressés par le texte, il y a un résumé de mon texte dans ce dictionnaire, vous le trouverez aux pages 476, 477, 478 et 479.

Historique d'un concept.

Il est intéressant de voir que, lorsqu'on se met à fouiller dans l'origine des perversions, et notamment chez Georges Lanteri-Laura, c'est véritablement étonnamment ennuyeux. Il y a des pages et des pages écrites et on n'arrive pas à trouver une ligne conductrice, pour savoir comment on est arrivé, au travers des siècles, à cette notion de perversion et en donner un sens médico-psychologique. Alors j'ai essayé d'aller fouiller et de voir comment, à partir du 19^{ème} siècle, à travers le courant de la neurologie, qui n'était pas à l'époque la neurologie mais disons le courant de Charcot et de Babinski, à travers les premiers aliénistes qui s'occupaient du médico-légal et qui, notamment avec leur chef de file Magnan, essayaient de comprendre pourquoi, dans un crime passionnel, il l'avait trucidée de 29 coups de couteaux avant de l'égorger, par exemple. Et pour voir comment, à travers le courant de la psychanalyse, ce concept est fédérateur mais aussi comment il correspond à l'histoire de la psychiatrie, à l'histoire de la psychanalyse et à l'histoire de la sexologie.

On peut dire que pendant longtemps le concept de perversion a été synonyme de débauche, de marginalité, etc. Freud a apporté un autre éclairage, une déviation de la personnalité. Aujourd'hui, le film « Orange Mécanique » est devenu une réalité. Des gamins mettent à mort un clochard à Vitry, en Angleterre, des enfants assassinent leur professeur, etc. L'émotion suscitée par les crimes sexuels va amener le législateur à réclamer pour les auteurs des peines de prison, mais en même temps à vouloir créer des unités spéciales de traitement de la délinquance sexuelle et notamment. Nul doute que les conduites perverses et transgressives transforment la géographie et l'histoire.

Le mot *pervers* en français en 1176. La notion de *perversité* apparaît quelques années plus tard, en 1190. Ces deux termes vont être confondus et souvent réunis. Ne représentent-ils pas le péché, le vice, la recherche du mal dans ses formes extrêmes, la possession par le Diable ? La *perversité*, du latin *perversitas*, désigne le goût du mal, la malignité de celui qui cherche à nuire à autrui en accomplissant des actes agressifs, régressifs, immoraux, etc. Le mot renvoie donc à une rupture de cette conception normative, qui va expliquer toute la conception psychiatrique. La perversité est donc la recherche de quelque chose qui va aller dans le sens du mal.

La *perversion*, qui vient du latin *pervetere*, signifie mettre sens dessus dessous – donc aussi mettre en désordre, bouleverser, foutre le bordel – et renvoie donc à l'idée de retournement – comme dans le mot *subversion* – et en même temps à l'idée de changement radical d'un état. Le pervers présenterait des anomalies des instincts et des comportements jugés aux antipodes de la normalité, que les premiers sexologues qualifieront de perversion. Les perversions sont donc ainsi associées à des conduites sexuelles déviantes dont la malignité n'est pas absente.

Le 19^{ème} siècle.

On peut dire qu'au 19^{ème} siècle, la notion de perversion va susciter un énorme intérêt chez les juristes, médecins, aliénistes et experts.

En 1885, c'est Valentin Magnan qui va prononcer à l'Académie de Médecine une communication intitulée « Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles ». C'est la première fois que cela sera posé. La médecine commence alors à s'intéresser positivement à la question.

Lanteri-Laura a fait un travail exceptionnel sur les perversions – il y en a 6 volumes, à essayer de lire dans le texte. Selon lui, on a commencé au 19^{ème} siècle l'étude des perversions par l'étude de l'homosexualité. En effet, le code pénal du Royaume Prusse, comme de tous les états de l'empire allemand, punissait de mort l'homosexualité et la sodomie. Actuellement dans certains états américains du sud, la constitution mentionne la peine de mort pour la sodomie. Après Magnan, en 1857, Ambroise Tardieu publie la première étude médico-légale sur les attentats aux mœurs – on arrive donc au registre médico-légal. En 1886, Krafft-Ebing, fondateur de la sexologie en tant que science, publie *Psychopathia sexualis* qui connaîtra 12 éditions, traduit en 7 langues. Krafft-Ebing cherche à organiser la diversité des observations et à distinguer quelques espèces fondamentales d'anomalies de l'instinct sexuel.

Pour lui, il y a *anomalie* quand l'instinct est affaibli ou fait défaut – *anesthésie de l'instinct*, quand il est accentué de manière anormale – *hyperesthésie*, ou quand cet instinct se manifeste sur un mode pervers simple (hors conservation de l'espèce) – *paresthésie*. Les perversions sont donc, au départ, des déviations de l'instincts (le structuralisme, la psychanalyse, l'anthropologie, l'éthologie prennent naissance à la fin du 19^{ème} siècle et on commence à s'intéresser aux instincts). Le dernier cas de figure se présente lorsque l'instinct se manifeste en dehors des moments du processus anatomo-physiologique des organes génitaux, c'est à dire lorsque l'acte sexuel n'est pas destiné à la reproduction. Krafft-Ebing a utilisé la reproduction pour désigner et délimiter le champ des perversions, à l'intérieur duquel on retrouvera toutes les satisfactions érotiques qui n'ont pas pour but la conservation de l'espèce.

Commentant Krafft-Ebing, Lanteri-Laura nous dit que dans cette optique, les perversions se placent du côté de la stérilité, du plaisir et de la pathologie conjurant la mort, la jouissance, par opposition radicale à la sexualité normale où doivent se retrouver la santé, le peu de plaisir et surtout la reproduction. Ce raisonnement aboutit à l'idée que c'est le plaisir lui-même qui peut être pervers, en tout cas vicieux et dépravé – on n'est pas là pour avoir du plaisir, on est là pour se reproduire !

Dans son étude sur les homosexuels, Krafft-Ebing dit que les homosexuels ne sont pas des criminels, mais des malades. Il reprend la « théorie de la dégénérescence » de Morel, en faisant abstraction de la dimension religieuse, et parle de *tares héréditaires* se rapportant à l'homosexualité.

A la fin du 19^{ème} siècle, il y a donc un débat entre « inné et acquis », auquel se joint Binet, qui introduit la notion de fétichisme. Pour Binet, l'hérédité n'explique rien, il faut considérer l'expérience individuelle et l'histoire singulière du pervers. Reprenant les observations de Magnan, Krafft-Ebing ou de Charcot, il constate que sont souvent décrits des événements marquant la vie infantile de ces sujets. Binet apporte un élément fort : si on interroge ces sujets, on voit que dans leur enfance cela ne s'est pas si bien passé. On voit comment peu à peu les idées se structurent pour arriver à la psychanalyse. De ces interrogations nouvelles sur la nature des perversions découle la question de l'existence et de la nature des manifestations sexuelles chez l'enfant.

L'activité sexuelle précoce appartient au développement normal et ne signe pas le devenir pervers. Ainsi le psychologue allemand Dessoir divise l'évolution de l'instinct sexuel en deux périodes, l'une indifférenciée par rapport au choix de l'objet, l'autre différenciée vers un objet hétérosexuel – on a déjà la classification actuelle des perversions, par rapport à la déviation du but et par rapport à objet total / objet partiel. Albert Moll voyait dans les perversions l'échec des *épinations infantiles* à se changer spontanément en hétérosexualité. Havelock-Ellis, à qui on doit le terme d'autoérotisme, adopte les vues de Dessoir et Moll en reconnaissant le poids possible des événements externes comme facteur déclenchant mais reste convaincu que les perversions sont des attitudes liées aux tendances congénitales qui rompent l'instinct naturel de l'homme. Ainsi il étudie le cas de Florie, jeune femme qui avait l'habitude de s'adonner à la flagellation. La biographie de Florie lui révèle quelques influences restrictives quand à la connaissance de la fonction sexuelle, une totale absence de stimuli et, de plus, un mariage qui n'avait rien de positif. Havelock-Ellis rompt alors avec toute autre conception en disant que tout cela s'expliquait par un développement prononcé de la région lutéale et des cuisses. « En association avec cette prépondérance anatomique de la région lutéale, nous retrouvons une déviation psychologique... Il existe une tendance vers les centres d'excitation sexuelle parce que ces individus ont des centres repoussés en arrière et ont des fesses plus développées que la moyenne et un anus à sensibilité sexuelle bien plus forte que les organes sexuels ».

Freud.

En 1895-1897, Freud commence par aborder « la théorie de la séduction ». A partir de la clinique auprès des patients adultes, il attribue souvent l'étiologie des psychonévroses à des scènes, réelles ou imaginaires, de séduction d'un enfant par un adulte. C'est ainsi qu'il parle de *névrose de transfert* – *hystérie* – *névrose d'angoisse* – *névrose narcissique*. (1^{ère} topique). Les scènes de séduction sont définies par Freud comme « des scènes réelles ou fantasmatisques où le sujet, généralement un enfant, subit de la part d'un autre, le plus souvent un adulte, des avances ou des manœuvres sexuelles. »

On est loin des anus énormes ! En 1897, Freud quitte la théorie de la séduction (2^{ème} topique) et, dans sa correspondance avec Fliess, il cherche à établir une succession d'époques de l'enfance et de la puberté. Ces conceptions annoncent la théorie des *stades de la libido*, développée en 1905, d'après laquelle Freud introduit les stades prégénitaux oral, phallique et anal, qui précèdent par définition le mode génital de la sexualité de l'adulte, qui sera dite « sexualité normale ». Le rattachement des pulsions sexuelles à des parties du corps définies comme zones érogènes se fait par le principe de l'étayage, c'est-à-dire que chaque zone corporelle fournit aux pulsions une source, une direction et un but. Le terme allemand pour pulsion est *trieb*, aller vers, donc le but, la direction, l'effort à faire, et surtout reconnaissance de l'origine. Nous avons là toute la théorie actuelle des perversions. On peut dévier l'objet, le but ou l'énergie à déployer, on entre dans le fétichisme d'un côté, le sadomasochisme de l'autre, etc. On voit comment Freud, d'un coup de génie, sort de siècles où on examinait les organes génitaux dans les foires, où on parlait d'hérédo-dégénérescence, pour entrer dans une conception énergétique du rapport à l'autre, ce rapport à l'autre étant défini comme mon apprentissage que j'ai subi, moi-même, dans ma vie infantile. A chaque stade correspondent des pulsions partielles qui coexistent, interfèrent, ne sont pas unifiées. Elles ne vivent ni l'objet dans sa totalité, ni l'union génitale. Dans ces phases précoces du développement de la fonction sexuelle, les différentes pulsions agissent indépendamment de la notion de plaisir ou du gain de plaisir. C'est de ces constatations sur la nature de la sexualité infantile que découle l'idée actuelle qui fait de l'enfant un pervers polymorphe.

A partir de ce schéma freudien, on peut dire que les perversions sont une régression-fixation à un stade du développement infantile. Les notions de fixation et de régression sont essentielles à la conception des perversions dans l'approche de Freud. Une part de l'énergie psychique reste fixée à un ou plusieurs stades du développement de la sexualité infantile. Le degré et l'intensité de cette fixation dépendent de la capacité de l'enfant à résoudre ce/ces stades pour passer à un stade suivant. Les nœuds de fixation constituent les points d'ancrage lorsqu'il y a régression et là, la perversion va « parler », va se mettre en acte. C'est lorsqu'un stade n'est pas résolu que s'opère un retour vers un stade antérieur. Le développement de la fonction sexuelle ne se fait donc pas toujours sans encombre ; lorsque la libido demeure fixée aux étapes caractérisant les phases précoces du développement, selon Freud, c'est à ce niveau-là qu'on voit se produire ces tendances indépendantes du but normal appelées **les perversions**.

Freud ajoute : « la sexualité perverse est généralement centralisée d'une façon parfaite. Toutes les manifestations de son activité tendent vers un même but, qui est souvent unique. Une de ces tendances partielles ayant généralement pris le dessus se manifeste soit seule à l'exclusion des autres soit après avoir été subordonnée à ses propres intentions intérieures - lorsqu'il parle des propulsions. L'absence et l'existence de la centralisation s'accordent naturellement avec le fait que deux sexualité, le pervers et le normal, sont toutes deux dérivées du développement de la sexualité infantile ». On peut dire, à ce niveau de notre exposé, que la perversion est une déviation du but dans le sens d'une régression-fixation à un stade du développement.

Dans *Trois essais sur la sexualité*, Freud présente les perversions de groupe. Il y aurait d'abord les déviations par rapport à l'objet sexuel, groupe rassemblant ce qu'il appelle *l'inversion*, les immatures sexuels et les animaux pris comme objets sexuels. Il dit lui-même : « ainsi rencontre t'on avec une fréquence extraordinaire l'abus sexuel de l'enfants chez les maîtres d'école et le personnel de garde simplement parce que les meilleures occasions leur sont offertes ».

Il distingue ensuite les déviations par rapport au but sexuel normal. Je le cite : « on considère alors comme but sexuel normal l'union des parties génitales dans l'acte appelé accouplement qui va aboutir à une résolution de la tension sexuelle. Pourtant dans le processus sexuel normal, on peut déjà repérer les germes dont le développement conduit aux aberrations qu'on décrit sous le terme de perversions ». Dans les déviations par rapport au but, Freud décrit les transgressions anatomiques – il veut parler de l'usage sexuel exclusif des muqueuses des lèvres, de la bouche, de l'orifice anal, il cite le fétichisme et l'importance d'autres régions et, d'autre part, les fixations sexuelles au niveau des préliminaires, toucher, regard, sadisme, masochisme, nouveaux objets. C'est à dire, et Freud insiste bien, qu'il y a pathologie lorsque le sujet diminue sa tension sexuelle dans une résolution où il utilise une déviation du but ; il va pouvoir se satisfaire avec, par exemple, le pincement du mamelon de sa compagne, sans utiliser le rapport sexuel.

Freud accorde une importance particulière à la non-résolution du Complexe d'Œdipe. L'Œdipe ne serait pas seulement le noyau de la névrose, il est aussi le noyau des perversions. Le stade phallique durant lequel, dans la théorie de Freud, se situe l'Œdipe se caractérise par l'unification des pulsions partielles sous le primat des zones génitales. Il ajoute : « Incapable de résoudre l'Œdipe face à l'angoisse de castration insoutenable, le pervers va régresser à un stade antérieur ».

Là, nous sommes en 1917. Freud lâche quelque chose d'essentiel : « l'angoisse de castration insoutenable ». Ce sera repris par tous les contemporains. La sexualité du pervers est organisée sur le mode pré-génital et sous l'emprise des pulsions partielles. Le névrosé lutte contre l'angoisse de castration - cette angoisse est moins importante, il utilise le refoulement comme défense privilégiée. Chez le pervers, la pulsion sexuelle n'est pas refoulée, d'où la formule de Freud : « la névrose est le négatif de la perversion ». La perversion consiste à nier l'angoisse de castration en permettant l'expression d'une sexualité hors la génitalité. Le clivage du moi permet au sujet pervers de tolérer deux attitudes différentes face à la réalité, c'est à dire avoir une attitude logique, rationnelle, tout en ayant, 'dans l'ombre', un comportement des plus irrationnels et aberrants.

En 1919, dans sa contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles, Freud va un peu plus loin en établissant l'origine oedipienne des futures perversions du sujet en pointant non plus l'imaginaire mais le fantasme, notamment dans son article *On bat un enfant*, le fantasme masochiste. C'est dans son article sur le fétichisme qu'il relie les perversions à la problématique de l'angoisse de castration, ce que Jacques Lacan reprendra entièrement. Pour combattre celle-ci, l'enfant va nier la différence des sexes. La conduite perverse, fétichiste en particulier, va permettre de dénier l'absence de pénis chez la femme. Le désaveu va avoir pour conséquence de cliver le Moi du sujet, une partie de lui connaît la différence sexuelle, que l'autre va rejeter. Comme le dit Octave de Mannoni, 'je sais bien mais quand même je ne peux pas faire autrement'. La réalité se voit ainsi défiée, contestée, déniée. La toute-puissance du désir pervers tente alors d'assumer dans le passage à l'acte. Une formule essentielle : *déni – défi – délit*. A la différence des névroses qui fonctionnent de façon dynamique avec des mécanismes de défense, les perversions restent tributaires d'une économie archaïque, basée sur la décharge pulsionnelle, instinctuelle comme on disait au 19^{ème} siècle : je veux tout, tout de suite, et je ne peux pas l'empêcher. Ainsi peut-on rapprocher le fonctionnement psychique du grand toxicomane, du pervers sexuel et du délinquant psychopathique.

Les continueurs de FREUD.

Joyce Mac DOUGALL insiste sur le fait que la perversion procéderait d'une relation à la mère perçue comme menaçante et envahissante. Ayant le sentiment qu'il peut être anéanti par une mère qui a le pouvoir de vie ou de mort sur lui, l'enfant ne peut définir son identité propre. Le père, quant à lui, est soit absent soit dénigré par la mère. Le petit garçon a alors le sentiment qu'il est autant, voire mieux, capable que le père de satisfaire sa mère. Là on se retrouve dans *La bouteille à l'amer* et on est dans le chemin de l'alcool. Il va de soi, et cela a été mis en évidence par de nombreux auteurs, que, je cite Joyce Mac Dougall : « la mère, par son attitude d'adoration envers son enfant et d'exclusion du père, lui a fourni les bases qui lui a permis de maintenir son illusion à savoir qu'il serait pour elle le partenaire idéal et adéquat ».

CHASSEGUET-SMIRGEL et PACHE mettent l'accent sur le problème de la scène primitive, vécue avec des composantes affectives d'angoisse et de rage trop imposantes, et qui empêche la formation d'une représentation d'un Soi stable. Le sujet ne peut pas relier cela à un objet total. Il ne peut intégrer l'ensemble des pulsions sexuelles si ce n'est dans l'ordre de l'agressivité. 'J'avais l'impression que mon père battait ma mère'. Elle criait, j'étais derrière la porte mais il ne fallait pas que je rentre' – une petite fille dira 'lorsque je n'entendais plus ma mère, je savais que cela allait être mon tour'. On voit ces choses en clinique au quotidien. CHASSEGUET-SMIRGEL nous explique que la vision des organes génitaux féminin est terrifiante parce qu'elle force l'enfant à reconnaître le rôle du père dans la scène primitive, autrement dit à reconnaître que le père possède un pénis et des capacités génitales que l'enfant, lui, ne possède pas. C'est ce qui déclenche la peur chez l'enfant. Le futur pervers tend à abraser la différence qui existe entre son père et lui, son petit pénis de garçon impubère et le grand pénis génital du père. La sexualité pré-génitale va fonder la sexualité génitale.

Je m'excuse auprès des Lacaniens dans la salle. Jacques LACAN a écrit des séminaires entiers sur les perversions mais je ne pourrai pas le développer là. Pour Jacques Lacan, il s'agit de poser la question entre le symbolique, l'imaginaire et le rêve. Freud parle de perception visuelle d'un organe sexuel réel chez la femme – vous savez que le père de FREUD était marié à une femme plus jeune d'une vingtaine d'années et le petit Freud était derrière la porte et entendait ce qui se passait. L'érotisme de l'enfant s'est construit au travers d'un père vécu comme quelqu'un véritablement 'hors d'âge'. Lacan déplace la théorie de Freud et dit qu'il ne s'agit pas du réel mais du phallus imaginaire et symbolique. L'argument se fait en 3 temps :

- l'enfant constate que la mère n'a pas de phallus et se dit « c'est moi son phallus ». Elle va m'adorer, je suis l'objet unique d'un désir unique
- naissance de l'angoisse chez l'enfant. Comment être à la hauteur du désir de la mère ? comment lui rendre ce qu'elle me donne ? Etre objet phallique pour combler le désir de la mère c'est aussi l'angoisse d'être englouti par elle, en elle
- la mère n'a pas le phallus ; là où le phallus manque le sujet se place en phallus imaginaire.

Il y a à la fois l'un et l'autre. LACAN dit : « il y a clivage, division et disjonction ». Le phallus est une défense contre l'angoisse du désir de la mère. La perversion rejoint la phobie, rejoint aussi ce que FREUD définissait au départ avec névrose narcissique / névrose hystéro-phobique.

Les thérapies comportementales.

Ce sont ces techniques d'apprentissage, je n'ai pas le temps de m'attarder. Dire simplement que ces thérapies sont largement employées, comme à l'Institut Pinel de Montréal où un des adages est que le traitement doit être adapté au client et non l'inverse.

Les classifications.

Dans le DSMIII-R, les perversions sont inscrites dans le chapitre des troubles psychosexuels sous le terme neutre de *paraphilies*. Il est quand même extraordinaire que le DSMIII-R fait par les Américains ramène le terme utilisé par Krafft-Ebing, un siècle et demi avant. On y décrit spécifiquement fétichisme, zoophilie, pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme, masochisme. Il est précisé qu'il existe une autre catégorie, dite 'catégorie résiduelle', celle des *paraphilies atypiques*, nécrophilie, coprophilie, frotteurs. Les paraphilies peuvent être multiples et coexister avec d'autres troubles mentaux. Ce clin d'œil pour démontrer que la classification du DSMIII est largement teintée de la classification de KRAFFT-EBING.

Dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale, on parle non pas de perversions mais d'*anomalie des conduites sexuelles*.

Dans la classification internationale de l'O.M.S., on parle des perversions en utilisant le terme de *déviation sexuelle* ou *troubles de références sexuelles*.

Le terme de perversion est très peu utilisé dans nos classifications actuelles – le sujet est encore presque tabou. La nomination des troubles pervers varie selon les classifications. Qu'on nous entende bien : il ne s'agit pas de plaider pour le maintien d'une notion dans le but de mieux étiqueter, de mieux classer, de mieux figer – ce qui serait le comble de notre perversion à nous, thérapeutes. En ce sens, tant mieux si les manuels s'en écartent. Il s'agit plutôt de maintenir vivante et efficace une catégorie clinique qui nous fournit les grilles de lecture nécessaires pour nous situer, comprendre, entendre, décoder un discours qui nous paraît et qui nous paraîtra toujours dans l'ombre des aberrations. Mais qui nous agit. C'est à dire que le sujet humain, qui sera toujours fondamentalement étranger à lui-même, puisse tenir compte positivement du monde obscur qui l'habite.

Débat.

Paul BONNAN.

Merci pour cet exposé historique, avec un tas de références très différentes les unes des autres. Belle synthèse, et toujours en lien avec la singularité du sujet – ce qui doit être notre fil conducteur devant chaque patient, pouvoir nous replacer devant le sujet et pouvoir retracer avec lui son histoire

Michel FARUCH.

Ce que tu dis me renvoie à une anecdote. Il y a 25 ans, je commençais mes premières expertises au tribunal, avec un chef de service, Mme M., qui elle avait vraiment l'habitude, c'était la grande experte de Toulouse. Je me revois dans son bureau où elle voyait pour la 3^{ème} fois le même individu qui montrait son zizi à la sortie de l'école de Bagatelle. Le juge le lui avait envoyé immédiatement, sans passer par la maison d'arrêt. On l'expertise en urgence. Elle me dit « ne notez rien, on a déjà trois expertises, il n'a pas changé » et elle se met à lui dire « vraiment, tu es un saligaud ! tu vas t'arrêter quand ? ». Il répond que c'est fini, il a compris. Et là, elle sort une paire de ciseaux qui m'a paru énorme, elle l'ouvre devant lui : « la prochaine fois que tu fais ça, c'est moi qui te la coupe » et *clac !* et on entend le bruit ! le gars fait une crise d'angoisse extraordinaire ! elle était en plein dedans ! Il était 11h30, il sort et une demie-heure après, il va à la sortie de l'école pour montrer qu'il en avait une encore. Elle l'a induit...

Il y a aussi le problème de l'inceste. En expertise, on voit de drôles de choses. Mon dernier cas, c'était une fille de 14 ans qui avait dénoncé son père parce qu'à chaque fois il lui donnait de l'argent pour acheter du tabac et ce jour là, il a décidé de ne rien donner. La fille est allée se plaindre à l'institutrice parce qu'il n'avait pas donné de sous.

Il me semble que, quand on en a vu 7-8, on a le schéma. Vous avez le dossier, vous avez les photos, les conclusions... C'est clair. Et vous avez devant vous Monsieur tout le monde, un monsieur qui ne ferait pas de mal à une mouche, qui a un bon travail, qui est aimé par ses employeurs, les voisins sont venus donner sur lui des témoignages sympathiques, pas violent, qui paie ses impôts, etc. Il se met à pleurer, pleurer. Ce qui revient souvent c'est « il n'y avait pas de pénétration – jamais j'aurais pu faire ça » ou « je voudrais me la couper ». il est intéressant de voir, dans son évolution, le comportement de la mère. Young avait un jour dit à la Société Psychanalytique de Vienne « l'inceste n'est pas un inceste du père et au père, l'inceste est toujours un inceste à la mère ». Et on voit quoi ?

Dans une première phase, la mère fait vraiment lien avec sa fille « si on avait su... comment il a pu te faire ça ? pourquoi tu ne venais pas me voir ? ». Cela se passe contre l'homme.

Deuxième phase, il n'y a pas encore de procès mais cela dure depuis 6 mois. La mère est allée apporter des gâteaux au père. Elle dit à sa fille : « tu vois les voisins ne nous parlent plus – tu te ballades toujours à poil devant lui »

Troisième phase, le procès a lieu, la mère va au parloir tous les samedis, elle attend, y passe la journée. L'alliance est de l'autre côté, la fille est exclue entièrement. Souvent elle doit partir, changer de ville . « Chapeau ! dans quelle merde tu nous a mis, hein ! – qu'est-ce que tu avais besoin d'en parler ? il ne t'avait pas tuée quand même ! »

Parfois le père abuse de plusieurs de ses filles, parfois la mère s'absente régulièrement et le père est à la maison. Est-ce vraiment de l'aveuglement ? ou de l'insuffisance

Q1. J'ai eu un cas similaire. Une fille abusée des années puis délaissée, les attouchements qui commencent sur la petite sœur. La mère travaille loin, s'absente. Et l'aînée dénonce le père pour protéger sa sœur. La mère prétend qu'elle n'a rien vu, ne s'est rendu compte de rien.

Michel FARUCH.

Je n'ai rien vu, je n'ai rien entendu mais je sais tout. Souvent on vient en thérapie pour nous faire dire « c'est pas grave ».

Paul BONNAN.

Ou pour dire « j'ai fait le tour du problème, j'ai tout compris ».

Michel FARUCH.

Je me souviens d'une patiente. Au bout de quelques minutes, je vois à quel point elle présente une personnalité histrionique. Moins je lui posais de questions et plus elle me débattait tout ça. Et elle me dit « voilà, je me fais sodomiser, est-ce que c'est normal ? » puis « Ca n'a pas l'air de vous étonner, mais mon oncle, il m'a prise, il m'a prise à 17 ans ». Tout ça dans le même entretien, « vous trouvez ça normal ? ». Et elle continue : « mes deux cousins, quand j'avais 14 ans, ils m'ont dépuclée... vous n'allez pas me dire que c'est normal ? » Et là, elle se met en colère et elle me dit : « vous vous en foutez de tout, hein ? je vais vous dire ce que je n'ai jamais dit à personne ! et là je pense que vous ne pouvez pas rester silencieux, ça m'étonnerait, hein ! j'avais un petit chien... un petit chien, vous avez compris, hein ? je lui achetais de la confiture, vous avez compris, quand même ? vous êtes idiot ou quoi ? je mettais la confiture entre mes jambes et il me léchais. Vous n'allez pas me dire que ça ne vous étonne pas ? »

Q2. Il s'agit de mesurer la perversité du thérapeute.

Michel FARUCH.

Pour être rassurée. Enfin elle à tout dit au thérapeute, il détient la vérité... Mais à ce moment je n'avais pas envie de rentrer là-dedans.

Q3. On retrouve en France, dans les maisons d'arrêt, les centres de détention, au moins un tiers d'alcooliques dangereux et un tiers de pervers sexuels. A Pau, les assises de septembre, 5 affaires d'assises, 5 affaires de mœurs. On a tous en tête névroses / perversions, mais il y a aussi la dépression, avec les tentatives de suicide, et un certain nombre de suicides réussis, notamment chez ceux qu'on appelle des pervers sexuels mais dont la personnalité reste, à mon sens assez mal définie

Michel FARUCH.

C'est ce que j'ai essayé de dire, le sujet est en permanence entre deux positions, le pôle de la mégalomanie infantile, l'enfant omnipotent de la mère, et le pôle anaclitico-dépressif avec du vide. C'est Zorro et Zéro. Et zozo au milieu.

Paul BONNAN.

L'absence du vide et, comme l'écrit Lantéri-Laura, la stérilité du plaisir, avec les phénomènes dépressionnels qui lui sont liés. Vous disiez un tiers d'alcooliques, un tiers de pervers.

Comment voir l'articulation perversion / alcool ? Tu nous as exposé les travaux autour de ce fil conducteur de vide et de stérilité, alors alcool-plaisir ? alcool-compensation ?

Michel FARUCH.

Ce matin je citais Théo qui disait « j'ai commencé à rencontrer l'autre et à avoir une relation sexuelle vraie quand j'ai arrêté de baiser ma mère ». Ce que j'ai perçu, c'est que l'alcoolique ne baise pas trop ; il y a des simulacres de rapports sexuels mais il n'y a pas de lien possible parce qu'il est enroulé entièrement dans la bouteille, avec ce recentrage de lui-même, en lui-même, pour lui-même. Là, il n'y a pas d'altérité possible. Je n'ai véritablement une sexualité que si je prend conscience de mon angoisse de castration. Chez l'alcoolique, c'est de poser le verre qui met en place une abstinence, l'abstinence qui va marquer les limites et qui renvoie le sujet à l'angoisse de castration. Je prends conscience de mon angoisse de castration quand je pose le verre ; l'abstinence est un organisateur psychique

Atelier 2 : « Relaxation et sexualité ».

Animateur : Philippe BRENOT, Psychiatre, Anthropologue – Paris
Enseignant en Sexologie à l'Université Paris V

Co-animateurs :

Je vois deux façons d'aborder les relaxations. Il y a trois pré-requis à toutes les relaxations. C'est essentiellement allongé, immobile, les yeux fermés. Ici, cela va être difficile. Alors je vais vous parler des relaxations. Certains d'entre vous ont fait de la relaxation, d'autres pas. Parler de relaxation peut-être un premier temps de la relaxation, avoir un effet hypnotique, vous amener à baisser vos défenses. On en parle pendant un temps puis on rentre facilement dans la relaxation. Cela vous fera comprendre que le principe de la relaxation n'est pas le fait de se détendre. Comme toutes les psychothérapies, la relaxation travaille sur les résistances, pour permettre qu'on s'abandonne, qu'on puisse se laisser aller.

La relaxation fait partie de ma pratique, tous les jours, même quand il n'y a aucune séance de relaxation. Je vais vous dire quelques choses personnelles parce que, malheureusement, il n'y a presque pas d'enseignement de relaxation. Il y a, ici à Bordeaux II, un diplôme universitaire que fait Jean MARVAUD, c'est le seul que je connaisse en France. Les écoles de relaxation vont disparaître puisque Michel SAPIR, qui a le plus récemment permis que les relaxations évoluent, est décédé il y a quelques années et personne ne prendra sa suite. La revue de Michel SAPIR est en train de mourir aussi parce que les psychothérapeutes n'y croient pas, parce que la psychanalyse l'a un peu marginalisée. Même quelqu'un comme Michel SAPIR, un psychanalyste tout à fait remarquable, était embêté pour affirmer certaines choses. C'est un peu comme si, pour la psychanalyse, le corps – comme l'alcool – ce n'est pas le propos. Il y a la difficulté de toucher, dans la psychanalyse c'est clairement dit. Mais la psychanalyse est certainement l'outil le plus important lorsqu'elle arrive à s'articuler avec les pratiques. Le problème est que dans les écoles, le corps a disparu – en France on n'a que des choses comme ça, morcelées. Par exemple, l'école de la psychosomatique n'existe plus, Michel SAPIR en était un des derniers tenants, Pierre MARTY, à l'Hôpital de la Poterne des Peupliers à Paris, est décédé il y a 10-15 ans, la Revue de Psychosomatique ne marche presque plus. Et la psychosomatique n'existe plus. C'est un peu comme si la psyché était toute-puissante et qu'il ne fallait pas parler du corps. Or parler de relaxations n'est pas parler du corps.

L'idée de relaxation est très ancienne. Elle est issue de plusieurs courants. Il y a d'abord tout le courant BERNHEIM, Ecole de Nancy et le magnétisme animal au 19^{ème} siècle, puis l'hypnose à la fin du 19^{ème}. Tous les gens qui s'occupaient de la relation humaine – dont FREUD – étaient intéressés par ce que permettait l'hypnose. L'hypnose est une caractéristique naturelle de tous les vertébrés. Il est très important de connaître l'hypnose pour faire des psychothérapies. FREUD a fait de l'hypnose, notamment avec CHARCOT. Cela paraissait une voie pour guérir les symptômes hystériques. Après, on s'est rendu compte non pas que c'était une voie sans issue mais que, telle qu'elle était pratiquée, elle ne servait pas à grand chose. J'ai pratiqué beaucoup d'hypnose, je le fais rarement, dans certains cas cela peut avoir un intérêt mais dans d'autres le caractère hypnotique ne rajoute rien.

J'ai reçu il y a une vingtaine d'années un jeune garçon de moins de 10 ans, marchant très difficilement, porté par son père. Cela faisait manifestation hystérique. Je savais par son généraliste que ce garçon ne pouvait plus aller en classe, j'avais quelques éléments de son histoire mais pas tout. Je propose à son père d'aller dans la salle d'attente pour que je parle avec lui. Le père refuse disant que ce n'est qu'un enfant. J'insiste, il finit par accepter. Je préviens les parents « il se peut que, tout à l'heure, il marche, vous ne lui poserez pas de questions, c'est son histoire ». cet enfant revenait de classe un jour lorsqu'il a entendu dans la pièce à côté sa sœur de 16 ans faire l'amour avec un copain et le père rentrant, pris d'une colère, va chasser sa fille qui ne reviendra plus à la maison. Lui est le spectateur très coupable, il ne saura pas de quoi. Il a des sentiments très mêlés, très refoulés et Survient cette paralysie hystérique.

On sait que dans des symptômes comme ça, ça peut fonctionner. Je lui ai dit « je sais que tu ne peux pas marcher, il est possible que tout à l'heure tu marches mais il faudra quand même qu'on en parle ». On a fait une séance d'hypnose, il est reparti sur ses deux pieds. Je le verrai ensuite pendant près de 6 mois, le père étant furieux, ne comprenant pas pourquoi il venait me voir. L'hypnose n'a un intérêt que s'il y a un projet thérapeutique. Supprimer les symptômes n'a un intérêt que relatif. Parfois la relation hypnotique peut aider si on a d'autres cordes à notre arc.

Je pense que tous les soignants peuvent être thérapeutes – pas besoin d'être médecin – s'ils ont plusieurs approches thérapeutiques à leur disposition. Sinon, on ne correspond pas forcément à la personne. Pour être psychothérapeute, avoir suivi une psychothérapie, avoir fait un travail sur soi est un des pré-requis, évident. Aujourd'hui, on ne peut pas ne pas être systémiciens – on peut lire, pas besoin de le faire. L'Ecole de PALO ALTO, avec BATESON, WATSLAVICK, les gens qui s'occupent de systémique, vont vous faire comprendre que le sujet est un porte symptôme. Il y a plusieurs vérités en même temps. Plus de la moitié des couples aujourd'hui ne sont pas en équilibre, vivent des choses difficiles or il n'y a pas 50% de psychopathologie dans la population. Nous avons des problèmes dans le réel qui ne renvoient pas forcément à de l'infantile, pas uniquement en tout cas. Il y a presque toujours 3 niveaux en même temps. Il y a la vérité importante de la construction névrotique du sujet. Il y a un niveau systémique qui touche au social – ce que je disais sur les représentations sociales. Et il y a entre les deux des phases biologiques de l'apprentissage, des comportements, quelques fois des réactions physiologiques dans ces chaînes. Donc trois niveaux, de l'intra-psychique éventuellement névrotique au social. Quand on travaille à ces trois niveaux, on a souvent plus de facilité à relativiser. Donc, pour la formation des psychothérapeutes, il faut comprendre que nous sommes dans des systèmes. Il y a le système-famille, l'individu étant l'objet du désir des uns et des autres. Dans ce que j'appelle les relaxations, il y a ces trois niveaux. Les relaxations ne peuvent pas être autre chose qu'une psychothérapie ; mêmes si elles sont faites par un kiné ou un prof de gym, il y a une dimension psychique.

Les relaxations touchent les conditionnements. Un événement n'est stocké en mémoire que s'il est lié à un affect – c'est l'affect qui est stocké. Les relaxations vont permettre de dissocier et très souvent de dénouer ces associations, d'une façon que nous ne comprenons pas. Beaucoup de choses non-verbales reviennent, on ne sait pas quoi et quelques fois on ne voit même pas que c'est venu.

Les thérapies cognitivo-comportementales utilisent la relaxation. Les TCC permettent de faire des choses que les thérapies verbales ne permettent pas. Chez les phobiques, par exemple, certaines désensibilisations sont très efficaces. La disparition du symptôme est utilisée pour permettre au sujet de trouver un meilleur équilibre. Dans la mesure où on n'évite pas un niveau intérieur, on peut accompagner en permettant un confort neuf. Le bénéfice permet à la personne de mieux travailler sur elle-même. Souvent les gens demandent des recettes. Dans le domaine de la sexualité, il y a beaucoup de fausses croyances qui barrent les comportements sexuels, la réalisation sexuelle. Si on connaît les TCC et qu'elles sont le complément d'une vraie psychothérapie, on peut aider plus de gens. Les thérapies verbales s'adressent aux gens pour qui le sens va dénouer quelque chose et on sait que ce n'est pas la majorité. Les TCC font des confrontations in vivo ou des immersions en relaxation. C'est compliqué. Beaucoup de cognitivistes se plaignent que le patient échappe, n'arrive pas au niveau de relaxation – oui, s'il n'y a pas du sens qui compte, s'il n'y a pas des résistances qui sont levées, la relaxation ne peut pas se faire. Mais si elle peut se faire, on a accès à désensibiliser la personne.

Moi, je travaille sur tous ces niveaux successivement. C'est ce que Willy PASINI appelle les *subtile multiple*. Les psychologues américains sont souvent plus souples dans les conceptions, il y a moins de chapelles qu'en France. Par exemple. On reçoit quelqu'un en face à face pour des entretiens et, à un moment, on lui propose de s'allonger et on part dans une cure de relaxation. On peut revenir en face à face. On fait ces changements qui sont nécessaires à une continuité de la construction. On ne peut pas être formé à tout mais on doit être sensibilisé à certaines méthodes. Moi, j'ai très souvent une alternative entre deux choses. J'ai fait pendant plus de 10 ans du « rêve éveillé », une méthode analytique passionnante ; pour beaucoup de gens qui ne peuvent pas parler en face à face il va se passer des choses en « rêve éveillé ». c'est très proche de la relaxation et on passe souvent de l'un à l'autre. Les alternatives ne sont pas là pour éluder les résistances mais souvent on est bloqué avec les gens et un autre mode d'approche aide.

Il y a des quantités de relaxations – j'évite le mot méthodes. Bien sûr il y a des éléments de méthodologie. La relaxation, pour moi, c'est un ensemble d'approches qui vont permettre, par une relation psychothérapique, d'amener à un relâchement des tensions. Ça s'est trouvé dans le champ de l'hypnose. FREUD va s'en éloigner. En 1887, FREUD était encore avec CHARCOT à la Salpêtrière, il avait une patiente à Vienne, qu'il abandonnait dans ses voyages. Au cours d'un de ces voyages, elle se suicide. Il en aura beaucoup de culpabilité et il va l'attribuer à l'emprise qu'avait la suggestion hypnotique sur elle. A partir de là, il va essayer de se situer le plus loin possible de la suggestion et de bâtir une méthode, qui sera la psychanalyse, méthode d'associations dans laquelle il n'intervient pas ou peu. D'ailleurs ce n'est pas FREUD qui a inventé la psychanalyse, ce sont ses patientes. Notamment une qui, devant les questions de Freud lui demande de se taire et de la laisser faire son *chimney sweeping* – son ramonage de cheminée. Là il va comprendre : c'est une approche féminine. Vous avez un très beau livre que j'ai publié avec Sophie DE MIJOLLA, *Les femmes dans l'histoire de la psychanalyse*, qui va raconter une part de ça. La psychanalyse est assez loin de la pensée masculine, qui est interventionniste, pragmatique. Freud a donc bâti la psychanalyse en partie avec ce constat et en partie avec la peur qu'il avait eue de la suggestion hypnotique. A l'extrême, cela donne la position totalement silencieuse... sauf qu'elle peut être totalement hypnotique. Il y a un très beau mot de Nietzsche « le séducteur n'a pas dit un mot et une femme est tombée ».

L'hypnose ne vient pas de la personne. Dans le cabinet de FREUD, il y avait une ambiance très particulière, un tableau, des statuettes égyptiennes qui vous regardaient... cela peut être très hypnotique. La bête noire de beaucoup de psychanalystes après FREUD c'est l'hypnose. Même sans en avoir fait, pour eux, c'est abominable. FREUD, lui, avait fait beaucoup d'hypnose donc il savait ce que c'était et il voyait quand ses patients étaient en hypnose. Après un séminaire d'hypnose – j'ai été très proche de Jean GODIN avec qui j'étais aux débuts de l'hypnose ericksonienne, et de ZEIG – après un séminaire avec ZEIG tout un week-end, je recevais le lundi en relaxation un patient que je connaissais bien. Je me suis rendu compte, parce que ma pratique me l'avait fait connaître, que mon sujet était en hypnose. Si vous ne connaissez pas l'hypnose, vous ne savez pas que le sujet est en hypnose. Or, plus rien n'est pareil. C'est là que je dis qu'il y a quelque chose de compliqué, c'est que nous avons à connaître la relaxation et l'hypnose pour pouvoir pratiquer les psychothérapies. Beaucoup d'analysés sont dans une relation hypnotique à l'analysant, surtout quand il y a des injonctions « revenez, je le veux ». je suis persuadé qu'une part de ce que ERICKSON a découvert, c'est à dire l'hypnose sans trances – il la faisait en évitant la suggestion – ce n'était peut-être pas loin de choses que cherchait FREUD.

Les gens qui ont fait de la relaxation dans le champ psychothérapique ont toujours été taxés d'hypnotiseurs, et je crois qu'il y a toujours une part de suggestion. Mais il n'y a pas de suggestion directe. L'idée du *Training Autogène*, c'est qu'il y ait un entraînement de la personne, que la personne fasse quelque chose chez elle. Là, on est dans une relation auto-induite, mais qui va délivrer la personne de l'emprise du thérapeute. La sophrologie, c'est l'opposé.

Une quinzaine de courants de relaxation se sont développés – dans le *Que sais-je ?* sur la relaxation, vous avez beaucoup de détails sur toutes les techniques. Et tous les pré-requis pour comprendre ce que sont les relaxations. Les courants de JACOBSON, ALEXANDER, SCHULTZ, le zen, la méditation transcendante... peu importe, ce n'est pas un problème de méthode. L'objet de la relation thérapeutique est de permettre à la personne de progresser en amour. Des quantités de techniques se sont développées dans le 20^{ème} siècle. Une est majeure, celle de SCHULTZ, en 1935. C'était un médecin psychiatre autrichien. Il a développé le Training Autogène, entraînement par soi-même, qu'il a inventé à partir des éléments de l'hypnose. On y retrouve les deux composantes de l'hypnose : le sujet se sent très lourd ou il se sent très chaud. J'explique la physiologie aux gens. La lourdeur. Vous avez déjà porté un enfant endormi dans vos bras ; c'est plus lourd que quand il est réveillé, or il pèse le même poids. Nos cellules sensorielles ressentent comme lourd le relâchement musculaire. A partir de là, on va leurrer l'esprit en lui faisant ressentir la lourdeur pour arriver à mettre le tonus musculaire au repos. En relaxation on arrive, sur un bras, à des décharges sur les myogrammes inférieures à ce qu'on a dans le sommeil. C'est ce qu'on appelle une résolution musculaire. On y arrive en leurrant l'esprit. En même temps, si on mettait une balance, on trouverait ce bras plus lourd... Pourquoi ? une vasodilatation accompagne le relâchement des muscles, le bras est plus lourd parce qu'il y a plus de sang. Il y a un effet physiologique. Faire de la relaxation tous les jours modifie le corps humain de façon durable parce que les réactions ne sont plus jamais pareilles.

La relaxation, par le travail sur l'émotion, va mobiliser les flux sanguins – nous avons 7 litres de sang. Dans un moment d'émotion, nous avons le corps qui se tend ; pour privilégier les territoires cardiaques, cérébraux et la vascularisation des jambes pour se mettre à courir, le sang part des viscères, la mobilisation se fait vers les organes vitaux. On a froid, le corps tendu musculairement et des bouffées de chaleur qui montent au visage. Les relaxations vont travailler à quelque chose qui est tout à fait à l'opposé, la vasodilatation des extrémités – mains et pieds qui sont lourds et chauds. Mais pas le front qui, pour SCHULTZ, est frais. C'est un état anti-émotion, c'est l'opposé des émotions.

La plupart des gens qui sont mal ne peuvent pas entrer spontanément dans un état anti-émotions. Il leur faudra faire un parcours plus ou moins long, trois mois ou plusieurs années. C'est une psychothérapie. SCHULTZ le dit en 1935 ! ce n'est pas du tout un exercice physique. Le prof de gym ou de yoga qui fait allonger, il ne le sait pas que c'est une psychothérapie. Il y a des gens qui diront « non, ça m'énerve énormément » ? Ca fait venir des fantasmes chez certains, d'autres vont être obligés de les refouler. C'est une activation psychothérapique – tout exercice corporel est une activation psychothérapique. Les psychothérapies en face à face se heurtent au fait que le niveau du langage est fait de beaucoup de défenses, il est difficile à pénétrer. Pour beaucoup de personnes, il va falloir trouver des biais, des activateurs de la psychothérapie comme la relaxation, le rêve éveillé, le psychodrame, etc. cela va amener du matériel là où la thérapie verbale sera bloquée.

En relaxation, il va y avoir des réactions, des mots, « j'ai l'impression que mon côté droit est plus lourd »... à partir de là on peut parler, chez quelqu'un qui ne pouvait pas parler. L'objet ne va pas être de se détendre. On disait « vous avez des problèmes psychosomatiques, vous allez faire de la relaxation ». Ce n'est pas parce que c'est du corps ! mais tant mieux si c'est un abord possible.

CAYCEDO, un psychiatre espagnol, va adapter le Training Autogène et inventer la sophrologie. Il fait un Training Autogène hypnotique. Par beaucoup de côtés, cela a moins d'intérêt que le Training Autogène parce que cela rajoute une dimension hypnotique qui, la plupart du temps, donne une dépendance à la personne. C'est un travail de groupe pour une raison simple, cela rapporte plus en groupe qu'en individuel. La cure de groupe, je ne vois pas très bien à quoi ça sert. En psychothérapies, on ne sait pas faire de cure de groupe. On comprend la dynamique individuelle, on comprend vaguement comment c'est compliqué le couple, le terrain familial on y va avec prudence, alors le groupe ! Il y a les hystériques qui s'expriment beaucoup, les autres qui refoulent plein de trucs qu'ils n'oseront pas dire... on ne sait pas ce qui s'y passe. La sophrologie de groupe, ça va très bien pour les gens qui ne vont pas très bien. Pour ceux qui veulent se détendre mais qui n'ont pas de vraies résistances.

Les gens viennent nous dire : « j'ai fait du yoga il y a quatre ou cinq ans , j'ai eu des angoisses terribles ». Je dis tant mieux ! Bien sûr qu'ils auront des angoisses en relaxation puisque l'esprit – ce n'est pas le corps qui se détend – l'esprit se dit « moi qui donne des tensions dans le corps, tout à coup il n'y a plus de tensions qui sont mes défenses ». L'angoisse initiale dont on se protège par des tensions dans le corps, s'il y a un relâchement parce que la personne est en confiance, surgit immédiatement. Le but de l'activateur psychothérapique qu'est la relaxation est de réactiver l'angoisse, les images archaïques, etc. . .

Sandor FERENCZI, un psychiatre psychanalyste hongrois proche de FREUD, l'avait bien compris. Il développe l'idée de la relaxation en psychanalyse. FREUD s'éloignant de lui, Young, Fliess et d'autres, les plus fortes personnalités, ne le reprenant pas, Ferenczi n'en parlera plus et restera avec FREUD.

Mais il affirmera que la relaxation est très importante, que c'est même le but de toute psychanalyse. D'une certaine façon, oui. Le travail sur les résistances, les pulsions, tout le refoulé ne peut amener qu'à une relaxation. C'est devenu quelque chose d'hérétique, et ça l'est resté pour certains psychanalystes très orthodoxes : il ne faut pas parler du corps, il ne faut pas parler de relaxation. Or les deux sont une alliance formidable, des gens comme REVERCHON, SAPIR l'ont montré. Ce courant est là pour travailler sur les résistance, c'est très loin du travail pur de relaxation mais il se passe la même chose en yoga, zen, etc....

En tant que psychiatre et psychothérapeute, je suis aussi pour expliquer beaucoup de choses aux patients. Souvent je leur dis : « cette séance est une parenthèse, on va parler, je vais vous essayer de vous expliquer quelque chose. Je vous explique pourquoi la relaxation ». Depuis le début de l'humanité – je ne peux pas ne pas comprendre les choses par rapport à ce que nous sommes, depuis le début de l'humanité toutes les sociétés humaines ont été fondées sur un seul phénomène : la volonté. Dans l'histoire de l'humanité, pas une seule société n'a prôné le farniente, toutes sont fondées sur des axes volontaires. Parallèlement, toutes les sociétés se sont rendues compte que la volonté est pernicieuse, perverse au vieux sens du mot, détournée de l'objet. Cela donne de façon perverse des systèmes qui bloquent l'organisme. On voit comment des gens extrêmement volontaires, qui mènent leur vie, qui verrouillent tout, sont mal, tendus de tous les côtés. Et ils demandent à ce qu'on leur apprenne à se maîtriser, à s'obliger à se relaxer. Je leur dis : « certainement pas, on va même faire l'inverse. Je vais vous apprendre à abandonner la maîtrise ou le contrôle. On va travailler sur l'absence de maîtrise et de contrôle ». Aujourd'hui, beaucoup de gens sont malades non pas tant de leurs névroses personnelles mais des défenses qu'ils ont mis en marche pour les contrecarrer. Ils y arrivent au pris d'un verrouillage insupportable. Toutes les sociétés humaines ont construit leur système sur la volonté. Mais elles ont toutes fabriqué un système antidote – et on l'oublie – ce que j'appelle un *système d'involonté*. Le yoga, le zen, les trances chamaniques d'Europe Centrale, les relaxations des chrétiens de l'Orient, la méditation transcendante, sont des approches traditionnelles qui, toutes, sont des approches d'involonté. Depuis notre enfance, on ne nous a pas appris à faire quelque chose d'involontaire. Dans le parcours de relaxation, on travaille l'involonté. Ce n'est pas facile. Si je travaille l'involonté, si j'abandonne la volonté, le contrôle sur moi, des choses vont se rebiffer. Je crois important que les gens comprennent cela.

Hier je voyais un type compliqué, une personnalité difficile et pathologique. Je le vois en couple. Sa femme est pharmacienne. Lui est un type très intelligent ; il dirige une grande entreprise dans l'immobilier et une société audiovisuelle. Sa femme est venue me voir une première fois, des bleus sur tout le visage. Elle admet que son mari la frappe souvent. Ils ont trois enfants petits, le dernier a 6 mois. Je les ai vus en couple – cela a été une séance très difficile. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce qui a été dit tout à l'heure : en groupe, il ne peut pas se passer grand chose. Dans les thérapies de couple – j'en fais depuis plus de 20 ans – voir les couples ensemble quand ils sont en état de conflit, c'est très difficile. On se fait embarquer dans le conflit... Cela ne peut marcher que si on les voit individuellement, éventuellement ensemble, dans le même temps parce que sinon il y a des jalousies, des choses très compliquées du genre : « qu'est-ce que vous avez manigancé avec ma femme ? / qu'est-ce que vous tramez avec mon mari, deux mecs ensemble... » Dans le même temps : ils viennent mais vous ne les voyez pas ensemble. Et c'est totalement différent. Le problème, c'est qu'on ne nous l'a pas appris. On le fait sur le modèle de la thérapie individuelle.

Ce type est d'une agressivité extraordinaire. Il est d'un milieu juif très traditionnel où sa mère en a fait une idole. Il a des colères pathologiques. Pour lui faire accepter ce fait, j'ai dû l'agresser, lui dire « vous êtes insupportable ». C'était possible de ma place de thérapeute-homme. Sa femme ne pouvait pas lui dire ça. Il a accepté il y a deux mois de me voir, pour un travail sur son agressivité pathologique et il a échappé. Elle est revenue il y a un mois, en disant « ce n'est pas possible » et ensuite il est revenu. Je lui ai proposé de travailler en relaxation, ce n'était pas possible de parler avec lui. Il est très intelligent et il n'estime que les gens intelligents. Il accepte de travailler uniquement parce qu'il voit que je peux lui donner des arguments qui lui conviennent. Sa femme est un sous-individu qui n'a pas une réflexion de son niveau. Je me rends compte que par la parole je ne vais pas y arriver. Il essaie de maîtriser par le langage. Je lui ai proposé la relaxation. Il a répondu « avec moi, ça ne marchera pas. Je fais du tennis trois fois par semaine, deux fois de la gym, je m'occupe de moi ». Tout dans la décharge énergétique, il faut qu'il se dépense. J'ai sa confiance et je lui ai dit « on va le faire quand-même ». On a fait une première séance, il a été surpris. Je lui ai fait une séance d'ordre hypnotique. La relaxation va introduire une autre dimension qui était impossible en face à face.

Ce matin j'ai vu M. X, conducteur de trains grandes lignes, qui a des problèmes de vigilance. Il a un refoulé terrible par rapport à la façon dont sa compagne l'a abandonné il y a quatre ans. Il est devant des trucs énormes qu'il refoule et qu'il ne veut pas sortir. Il a eu des inattentions très importantes – il n'a pas répondu aux signaux de vigilance du train. Il me disait qu'il n'était pas tendu. Il vient de me dire « j'ai compris ce que c'était d'être tendu ». Il lui est arrivé un truc en séance. Il était en hyper vigilance depuis l'enfance.

Mme B a 35 ans, elle est mariée, elle a deux filles 3 et 4 ans, elle est commerciale dans la presse. Elle a eu des rapports incestueux dans l'enfance dont elle ne se souvient pas ou, plutôt, dont elle ne peut pas se souvenir. J'introduis là la dimension symbolique de la relaxation : elle va se souvenir. « j'ai une image, mes parents qui s'en vont et moi qui vais faire ça avec mon frère ». A 8-10 ans, à chaque fois que les parents partaient son frère de 16 ans lui sautait dessus. « c'était avant 10 ans, je ne m'en souviens plus, il reste seulement cette image. Depuis je ne peux plus vivre ma sexualité. J'ai quelques très rares orgasmes clitoridiens mais c'est impossible pour moi de vivre autre chose. Le plus difficile pour moi c'est que mon frère est décédé dans un accident à 19 ans. » Elle ne peut pas faire de procès familial. On trouve aussi ces choses très compliquées dans le cas du grand-père.

Début de relaxation. Elle me dit « je n'y arriverai jamais, ça m'énerve. Je ne peux me détendre qu'en bougeant, en faisant du sport. »

1^{ère} séance : « je ne peux pas y arriver, ça m'énerve, je suis plus énervée après. Il faudra qu'on arrête. Quand je fais de la gym, c'est mieux, ça me détend ». A côté, elle a un T.O.C de nettoyage et beaucoup de tensions musculaires. « Il y a des moments je suis vraiment gênée, on dirait une cinglée ». Elle est agitée, elle parle des phobies d'impulsions – elle a eu peur en faisant du baby-sitting de jeter les bébés contre les murs ou par la fenêtre. Elle a souvent des angoisses de mort. « je ne suis jamais immobile, d'ailleurs. Lorsque je me couche, depuis que je suis petite, je fais toujours un mouvement de gauche à droite, je me mets toujours du côté gauche ». Rien que ça, que la relaxation a permis de dire, c'est le problème des latéralités dans l'enfance par rapport aux repères parentaux. Je lui ai demandé pourquoi la relaxation est impossible. Je lui re-précise les trois pré-requis à la relaxation : allongé, immobile, les yeux fermés. C'est l'immobilité qui permet le retour des sensations.

Le mouvement est le premier anxiolytique. Un enfant est hyperkinétique parce qu'il est angoissé. Les entrepreneurs sont entreprenants parce qu'il y a un noyau anxieux dont ils se défendent. Cela permet de dire que c'est une défense. A quoi lui font penser ces pré-requis ? « Je ne sais pas. Si je m'allonge, c'est pour dormir. Qu'est-ce que cela peut évoquer d'autre ? Je ne vois pas... Je ne sais pas si c'est en rapport avec ce que j'ai vécu car je me souviens, c'était immobile, allongée. Les yeux fermés ? je ne sais pas, ce n'est pas suffisamment clair dans ma tête. Je n'ai qu'une image en tête, allongée, il y a de la lumière, mes parents qui partent et le reste je ne vois pas. Cela fait tellement d'années que je me persuade que ça ne m'est pas arrivé que j'ai du mal à m'en rappeler. Et comme il n'est plus là, c'est comme si j'étais arrivée à mon but ».

Bien sûr que cela lui a rappelé la position. Mais ce n'est pas ça. Je lui redemande ce que cela évoque d'autre. Très peu de patients évoquent la mort, pourtant certains prennent d'emblée la position d'un gisant. C'est quand même une image qui existe dans notre tête. Cela va être la première résistance à la relaxation, bien sûr. On peut être des séances entières pour arriver à dépasser le fait que je m'allonge dans la position du mort – et c'est ça qui est thérapeutique parce qu'il n'est pas possible de vivre si on n'a pas dépassé notre rapport à la mort. La relaxation nous y amène de façon magnifique, et connue des traditions de l'involonté. Dans le Hatha-yoga, la position allongée les yeux fermée existe, c'est la posture des cadavres. Le yoga autrefois n'était pas un exercice de gym. C'était une initiation où certainement il y avait un passage où je ne peux aller plus loin que si j'ai dépassé le fait de ne pas être mal avec la posture du cadavre.

Une jeune fille s'allonge sur le divan. A la première séance, on fait un truc tout bête, ressentir son bras dominant. Et elle dit « j'ai eu mal au bras ». En formation, on nous apprend que la personne doit être à l'aise, on fait enlever la ceinture si ça serre, etc. Si la personne a mal au bras, on pense qu'elle a pris une mauvaise position. Elle bouge un peu, on recommence, et il n'y a plus de problème. Ca c'est du classique. Et on passe à côté de ce qu'est la relaxation ! Le patient bouge, ça va mieux, le thérapeute est content. Mais moi, j'ai travaillé 3-4 séances là dessus et elle m'a dit « c'est vrai, ça me rappelle le bras avec lequel je me protégeais de mon père qui me tapait. » C'est quand-même quelque chose d'assez intéressant, même s'il n'y a pas de lien ! L'immobilité, l'immobilisation du schéma corporel, amènent à ce qu'elle dise « c'est le bras avec lequel je me protégeais de mon père ». C'est la porte ouverte à verbaliser quelque chose qui ne pouvait pas l'être. Cela va être un fil directeur. En cela, c'est un activateur de la thérapie – dans l'ordre du symbole, travail sur le sens. C'est un dénoueur d'émotions – même si on ne sait pas ce qui se passe exactement, des gens vous disent « ma vie a changé » ; des choses qui se passent à notre insu est une des meilleure traduction du mot inconscient. C'est un déconditionnement. L'ensemble est un carrefour psychothérapeutique.

Sur Bordeaux, vous trouverez des gens, notamment autour de Jean MARVAUD, si cela vous intéresse de vous former.

Atelier 3 : « Abus sexuels et alcool ».

Animateur :

Christophe LAGABRIELLE, Psychiatre – C.H. Ch. Perrens-Bordeaux

Co-animateur :

Jean-Jacques CORNU, Médecin – C.H. Montpon-Ménéstérol

Beaucoup de nos patients, mais plus tôt de nos patientes en fait et nous ne parlerons ici que d'elles telles que j'ai pu les rencontrer dans ma pratique, présentent des conduites d'alcoolisation chroniques qui restent incompréhensibles à nos yeux malgré parfois plusieurs années d'accompagnement et donc de rechutes.

Et puis, elles nous informent un jour, au hasard d'une consultation, d'une rechute, d'une hospitalisation qui paraît pourtant survenir dans la continuité de la répétition, d'une répétition souvent peu informative sur leur vécu, qu'elles ont subi des abus sexuels dans leur enfance, souvent une fois, parfois répétées dans la durée.

Je vous propose de nous interroger ensemble dans cet atelier autour de trois questions. La première est celle du rôle de l'alcool dans le vécu de la sexualité. La seconde est celle de l'intérêt de « faire » raconter ou pas le récit des maltraitements vécus. La troisième porte sur l'apport de l'expression artistique par rapport à l'expression du seul langage chez ses patientes consommatrices d'alcool après avoir été abusées.

Pour revenir à nos patientes qui nous font un jour ces « révélations », on découvre alors avec surprise - et stupeur peut-être - ce vécu qui évoque chez nous des images, des émotions, des représentations, des pensées souvent très intenses et très marquées. Nous ne sommes plus alors tout à fait le même ou la même, et la patiente n'est plus elle aussi tout à fait la même, ce qui veut dire qu'inéluctablement que la relation thérapeute-patient elle aussi est changée.

Nous allons ouvrir ici trois questions qui s'ouvrent à cette « révélation », à cette problématique des conduites d'alcoolisation faisant suite, souvent longtemps après à des abus sexuels au cours de l'enfance.

La première question est celle du rôle de l'alcool dans les suites de ce traumatisme. L'alcool, une fois de plus, ne serait-il pas un « agent double » ? Ne serait-il pas d'un côté un solvant qui dissout l'anxiété du souvenir du vécu traumatique pour permettre le vécu de la sexualité de la vie d'adulte ? D'un autre côté l'alcool ne serait-il pas dans le même temps, un perturbateur de la vie sexuelle, un désorganisateur par les troubles du comportement, la baisse de la libido, les difficultés relationnelles qu'il induit ?

L'alcool ne serait-il donc pas à la fois un solvant de l'anxiété et un catalyseur de difficultés ? un facilitateur et un perturbateur de la sexualité, de la séduction, de la féminité ? un rôle double une fois de plus, dont le piège se refermerait sournoisement sur la vie de la patiente, entre l'illusion de permettre la vie sexuelle et la satisfaction de s'en protéger.

La personne serait ainsi maintenue grâce aux « vertus » de la substance, dans la satisfaction de pouvoir accéder à sa vie de femme tout en gardant la satisfaction de rester dans les problématiques douloureuses de sa vie d'enfant. L'alcool ne serait-il pas celui qui offre le double plaisir, celui de permettre l'accession au plaisir sans y accéder vraiment, celui de devenir adulte sans le devenir réellement, celui de devenir adulte tout en restant l'enfant en souffrance, l'enfant tout court pour lequel la sexualité est un non sens est n'est pas de mise ?

De cette position de blocage, piégée par la substance - et par la vie - comment la femme adulte - « alcoolique » de surcroît - peut-elle se défaire, s'en défaire ? De quelle façon peut-elle se mettre en mouvement pour rechercher une autre solution à son impossibilité à accéder à son vécu de femme, que de boire, d'engloutir jusqu'à s'anesthésier du vin ou de la bière ? En quoi avons-nous un rôle à jouer ? A partir de quelle position ? Pour inviter à quoi ? Voyons comment nous pouvons différencier ces différentes problématiques.

Mais d'abord je voudrais faire un petit détour pour parler de notre réaction, nous thérapeute, homme ou femme, jeune ou plus âgé, avec notre histoire où la sexualité de l'enfance tient toujours une place qu'on le veuille ou non, toujours un peu traumatique, au moins symboliquement. Le deuil que nous avons à faire d'un lien trop exclusif, trop dépendant, trop centré sur le plaisir, avec l'un ou l'autre de ses parents ou de ses proches est toujours difficile.

Immanquablement, l'annonce par un patient ou une patiente d'abus sexuels au cours de l'enfance vient raisonner avec cette vie imaginaire ou réelle. Elle vient raisonner sur le plan affectif (amour, haine), émotionnel (joie, colère, peur) mais aussi cognitif (nos représentations, nos pensées, nos valeurs morales). C'est toujours avec ces trois niveaux imbriqués que nous réagissons. Effectivement un tel message nous incite souvent à nous défendre, à fuir en fermant la parole chez l'autre ou à agresser en condamnant avec indignation l'adulte honteux. Il y a plus de chance que si on s'est laissé « pétrir » dans un travail thérapeutique personnel, dans notre histoire d'enfant et notre histoire d'adulte, d'être à même d'accueillir les affects, les émotions et les cognitions des patients avec ouverture et respect.

Se pose alors la deuxième question : Faut-il inciter les patients à « faire raconter » leur histoire traumatique ? Faut-il les inciter à revenir sur un vécu émotionnel douloureux, déstabilisant qui vient réactiver la blessure ? Le récit jusqu'alors caché, mis à jour, défloré ou à l'inverse maintes fois ressassé, par la justice et les prises en charges successives, ne vient-il pas fermer plus tôt qu'ouvrir une réorganisation possible dans la régression ? Ne vient-il pas renforcer des défenses protectrices plus tôt qu'ouvrir à un remaniement libérateur ?

A ce titre, en quoi le retour, la régression vers l'ignoble, l'indigne, l'irrespectueux peut-il permettre une réorganisation identitaire dans le sens du respect, de l'amour de soi ? En quoi le discours sur le « laid, le mauvais, le sale » peut-il régénérer la blessure vers du « beau, du bon et du propre » ?

D'ailleurs la vraie question n'est-elle pas : que devons nous accueillir de ce récit ? L'émotion de ce vécu douloureux du passé, l'émotion qui émerge dans l'ici et maintenant ou bien l'émotion du souvenir ré-actualisé dans l'ici et maintenant de notre présence, sorte de collusion du passé et du présent mis en jeu dans la co-présence de la relation ?

Dans le fond, sommes-nous attentifs au vécu du revécu de l'autre, sommes-nous attentifs à son écho en nous, sommes-nous surtout attentifs à laisser dans l'entre deux de la relation, de l'interaction, un espace-temps vierge de réponses pré-établies, un vide ouvert, un vide disponible à être rempli, un vide de potentialités ?

La parole serait elle alors plus aidante que la seule présence conjointe à cet espace-temps de la relation ? Le silence ne vaut-il pas parfois d'avantage que les mots ? La parole ne serait-elle pas seulement le vecteur, le support, le véhicule de cette co-présence ouverte à cette connaissance en potentialités, chemin vers la transposition de l'indignité vers la dignité, de l'irrespectueux vers le respectueux, du laid vers le beau?

On arrive à la troisième question que je vous propose de travailler ensemble dans cet atelier « abus sexuels et alcool ». Quelle pourrait être la place et l'intérêt de l'expression thérapeutique pour aider ses femmes « alcooliques » à retrouver une vie sans avoir recours au boire.

Reprenons pour cela l'idée que la blessure de l'abus sexuel est cette irruption, cette effraction du traumatisme au cœur identitaire de la patiente, au cœur de sa définition existentielle, comme on le dit à propos des syndromes de stress post traumatique.

Bien sûr on ne peut pas éluder la question des conséquences du traumatisme incestueux ou quasi-incestueux sur le développement psychologique de l'enfant ou du jeune adulte. Bien sûr une psychopathologie se met en place et sa symptomatologie associée : dépression, comportements autodestructeurs, troubles somatiques, comportements sexuels inappropriés, perte de confiance, troubles anxieux, retrait des émotions, Mais le sentiment identitaire reste toujours centralement désintégré, en manque de cohérence et d'unité.

Dans cette perspective, en quoi l'expression artistique ne serait elle pas plus ouverte et plus interactive que les seuls échanges avec le langage, pour permettre non seulement l'expression de la souffrance du vécu, mais aussi la transposition, le décalage, le changement de ce qui est de l'ordre de la souillure, du « laid » vers ce qui est de l'ordre du beau donc du bon. L'expression artistique ne viendrait elle pas, d'avantage que le logos, ouvrir cette expression-mutation, cette destruction-construction ?

On peut donc débattre, si vous le voulez bien autour de ces trois questions :

- Quel rôle joue l'alcool dans le vécu de la sexualité de ces femmes ?
- Quel intérêt a-t-on à faire « faire » raconter le récit des maltraitances vécues, ou plus tôt de quelle façon invitons nous à ce discours et de quelle façon l'accueillons nous ?
- Quel est l'apport de l'expression artistique comme mode d'expression d'une souffrance souvent indicible avec des mots et comme support de réorganisation identitaire ?

Synthèse de la journée

Pierre-Marie LINCHENEAU,

Psychologue clinicien, C.H. Ch. Perrens-Bordeaux

Faire une synthèse ça à voir avec ranger. Et ranger, ce n'est pas mon point fort. D'autant plus que la qualité des interventions s'est conjuguée avec leur diversité et que quelqu'un qui tente une synthèse peut vouloir rendre compte, restituer en un tout ce qui aurait été exposé dans la journée en kit. Je vais bien sur tenter de souligner des points. Mais je voudrais aussi être un peu Dérien. Accepter l'apaurie. C'est à dire accepter qu'au bout de vouloir comprendre, on se confronte au paradoxe.

De la richesse des interventions magistrales, dans l'ordre, de Mrs OSTERMAN, BENICHO, FARUCH, PALOMINO, BRENOT, et dans les ateliers de Mrs LAGABRIELLE et de nouveau de FARUCH et BRENOT, j'ai choisi quelques mots clefs. Choisir des mots clefs, c'est sûrement réduire l'information, se soumettre à l'intention de réduire mais après tout, c'est peut-être de cela qu'il s'est agit aujourd'hui, face à la question de la sexualité et de l'alcool. A savoir : prendre position, se différencier, dire, se dire : être face à l'autre.

Peut-être la mini controverse de la matinée à propos de la vitamine B1, résume t'elle une question qui traverse aujourd'hui la psychiatrie et le soin psychique : une médicalisation de l'attitude de soin qui ne se centrerait plus que sur le symptôme qui s'oppose à une attitude plus traditionnelle vaguement centrée sur le transfert.

En tous cas ces deux approches se posent sur une question commune, l'une en se centrant dessus, l'autre en tentant de l'évacuer : réfléchir à la position du soignant ou tenter de le désaffectiver de sa position humaine en le réduisant à une fonction d'automate. C'est au fond la question qui nous a tenus aujourd'hui, que l'on peut résumer au travers de mots clefs qui sont incontournables au moment de parler de sexualité et d'alcool. Incontournables tout simplement quand on parle de l'autre et de la rencontre. l'altérité - l'altération – différenciation – l'éros – la temporalité - l'alternance- la rencontre-le temps.

On a entendu parler d'altérité aussi bien de l'altérité à soi-même, Lionel BENECHOU parlant des états oniroïdes, Philippe BRENOT évoquant la Passion et l'alcool : quand on est ivre on est autre – changement de niveau. On a entendu parler de la nécessaire Altérité – la rencontre se fait ou ne se fait pas disait Michel FARUCH. L'Eros c'est le lien, sans le lien pas d'altérité, sans altérité, le vide. C'est le travail autour du vide au delà de la science qui serait finie que LEVINAS va retravailler la rencontre et l'altérité. Lorsqu'on parle d'Altérité on parle de lien de ce qui s'échange, de ce qui se différencie.

Ce qui se différencie, Emmanuel PALOMINO et Philippe BRENOT en ont longuement parlé.

Emmanuel PALOMINO nous a montré que différencier c'est d'abord se distancier par rapport à soi-même pour pouvoir rencontrer l'autre. Emmanuel, tu as insisté là-dessus en nous faisant remarquer que tu avais grandi, tu avais eu 18, puis 20, puis 30 ans – c'est aussi ce regard par rapport à la sexualité, ta propre sexualité, une manière de dire qu'on est soi dans la rencontre de l'autre, ce regard qui t'a permis aussi de pouvoir rencontrer l'autre.

Poser un cadre institutionnel est l'une des façons de mettre en place cette distanciation, de mettre en place du contenant de l'identifiable. Ce contenant peut laisser place à du contenant psychique ou en tout cas être symbolique. Cela évoque la chanson de François Béranger : « ça doit être bien d'être de quelque part, d'en partir et puis d'y revenir quand on est de nulle part ».

Emmanuel PALOMINO pose un sujet de controverse : l'avance de la parole. Cette parole qui aide à dire aux patients. Philippe BRENOT, tout comme Emmanuel PALOMINO, pose l'avance de la parole comme facilitatrice. A ses yeux, elle permet à chacun de se dire et de s'organiser par rapport à cette parole. L'avance de la parole comme organisatrice de la pensée. L'avance de la parole ne suffit pas à elle seule mais elle est support. Doit-on avancer la parole au risque de façonner le désir de l'autre ?

Avec infiniment de tact Emmanuel PALOMINO propose des formules pour aborder les questions concernant la sexualité avec les patients alcooliques. L'avance de la parole lui apparaît permettre d'aborder ces questions qui pourraient ne l'être jamais ou très tardivement, alors qu'elles sont fondamentales et centrales au soin. La discussion avec Colette LORTET autour de la question du désir, de celui du soignant et de la place du patient dans sa parole est loin de se tarir. Selon Emmanuel PALOMINO, l'avance de la parole, en particulier sur la sexualité, est un moyen de créer l'alliance thérapeutique. Cette alliance rend possible l'altérité et permet de passer d'un état d'indifférenciation (l'œuf de Michel FARUCH) à la différenciation (la grenouille). Accéder à la singularité du sujet en lui rendant possible de se dire.

Faire du lien c'est faire rupture. Se dire, c'est perdre, perdre quelque chose de l'imaginaire, de l'indicible, quelque chose de la totalité. Faire du lien c'est passer de l'indifférenciation à l'Eros. C'est pouvoir être dans la relation. Vient ici la question de « faire dire » et du risque de délation. Jusqu'où faire dire? Quelle parole porter, qu'en faire? Se pose la question évidente de qui suis-je en face de l'autre posée dans l'atelier de LAGABRIELLE et CORNU. Quand je sens que l'autre risque de dire des choses que je ne suis pas prêt à entendre, de qui est-ce que je m'occupe ? de moi ou de lui ? Quand je sens que je vais devoir lui faire dire des choses que je ne suis pas prêt à entendre, la culpabilité de qui suis-je en train de porter ? Au fond ne portons-nous pas la culpabilité de la parole que la loi oblige à rapporter, comme si nous en étions parce que récipiendaires, responsables? Facile à dire... Il est difficile de faire avec au moment de la rencontre – peut-être est-ce précisément là la question de « être avec ». Difficile à porter... Alors comment faire pour être face à l'autre, pour trouver la bonne distance, faire l'équilibre entre l'eau et le feu, pour reprendre LEVI STRAUSS, tel que l'évoquait Gérard OSTERMANN.

Philippe BRENOT pose alors la question de la passion amoureuse. De ce temps suspendu du coup de foudre – le lien de Michel FARUCH à propos d'Abraham et de la relation à l'alcool, tout comme celui de Philippe BRENOT à propos de FREUD évoquant le « vrai amour ». Le temps de découvrir que l'autre est autre. Je rencontre quelqu'un que je ne connais pas et je tombe amoureux de lui : je tombe amoureux de ce que je désire de lui, de ce que j'attribue à cet être susceptible de porter ce que j'attends de lui – la rencontre, c'est accéder à l'altérité, c'est-à-dire qu'au delà de ce que j'attends que l'autre soit, il y a l'autre. Je ne dis pas que le coup de foudre empêche ou rend caduque un amour possible, je dis simplement qu'il va y avoir une évolution, de nouveau un changement de niveau, passer à une altérité à soi-même. L'autre, sujet du coup de foudre, inconnu lors de la rencontre, qui est donc le support idéalisé du désir, va se départir peu à peu de son image idéalisée pour devenir lui même. Accéder petit à petit à l'altérité et risquer de briser le rêve narcissique. Une autre forme de découverte de l'altérité à soi-même.

Philippe BRENOT, parlant des couples en difficulté, évoque le manque de ferment à se retrouver au moment des crises qui le conduisent à consulter. Il oblige à penser que le couple ne s'est aimé que quelques semaines, n'a plus d'élan à s'aimer. La question n'est-elle pas ici aussi de trouver une altérité à eux-mêmes? Une altérité à leur vie de couple c'est à dire changer un élan amoureux en la poursuite d'un engagement.

Après tout n'est ce pas cela que symbolisent les religions dans les rituels de mariages. Ne restituent-elles pas de la temporalité et de l'altération en supposant « le meilleur et le pire »?

Il faut faire ici le lien avec la question de l'organisation psychique, même si cela paraît tiré par les cheveux. Passer du pulsionnel au pensé, au moins au sens du ressenti, même si on court le risque de la dictature de la psyché, permet l'altérité à soi-même et ouvre du possible. Penser et agir le non boire peuvent avoir cette fonction organisatrice et narcissique nécessaire au soin.

Toutes ces réflexions s'articulent évidemment sur la temporalité : changer de niveau, passer un totem à la pensée. Passer du temps figé au temps qui découle. Rompre la circularité, restituer un déséquilibre, comme disent les Systémiciens. Passer de l'ivresse à l'abstinence et au temps qui commence, c'est à dire au temps de la peine et de la joie, de l'espoir et de la déception, du conflit et de l'amour, passer au temps de l'Eros. Peut-être doit être là le projet de soin du patient alcoolique.