

Annexe 2

LES PHASES DE LA TOXICOMANIE ALCOOLIQUE¹

Introduction

Seules certaines formes de la consommation excessive de boissons alcooliques — celles qui, dans le présent rapport, sont désignées par le terme « alcoolisme »² — se prêtent au traitement médico-psychiatrique. Les autres formes de consommation excessive posent, elles aussi, des problèmes plus ou moins sérieux, mais elles ne peuvent faire l'objet que de mesures d'ordre social, y compris l'action légale. Néanmoins, le corps médical peut jouer un rôle consultatif dans la solution de ces derniers problèmes, qui réclament d'ailleurs son attention du point de vue de la médecine préventive.

Les états qui ont été sommairement définis par le sous-comité comme constitutifs de l'alcoolisme seront décrits plus en détail dans les pages suivantes, afin de mieux préciser quels sont les buveurs excessifs dont la guérison demande avant tout un traitement médico-psychiatrique.

Cette description détaillée servira, en outre, à écarter certains risques que comporte la notion d'alcoolisme-maladie — ou, plus précisément, la conception de la toxicomanie alcoolique comme un état pathologique.

Exception faite des spécialistes de l'alcoolisme, le corps médical dans son ensemble, les biologistes, les sociologues et le grand public utilisent le terme d'alcoolisme pour désigner n'importe quelle forme de consommation excessive de boissons alcooliques, et non pour qualifier un ensemble restreint et bien défini de comportements afférents aux excès de boisson. On en vient à étendre automatiquement la notion d'alcoolisme-maladie à toute consommation excessive, que le comportement en matière de boisson soit associé ou non à des phénomènes pathologiques d'ordre physique ou psychologique.

Cette extension abusive ne peut qu'être néfaste car, tôt ou tard, l'application erronée de cette conception affectera aussi l'utilisation légitime de la boisson et, ce qui est plus important, tendra à affaiblir la base éthique des sanctions sociales qui frappent l'ivrognerie.

¹ Résumé d'une série de conférences faites par le Professeur E. M. Jellinek lors du Premier Colloque européen sur l'Alcoolisme, à Copenhague (Danemark), en octobre 1951.

² Voir page 17.

La toxicomanie alcoolique considérée comme maladie

Le sous-comité distingue deux catégories d'alcooliques, à savoir : les « alcooliques toxicomanes » et les « buveurs excessifs symptomatiques réguliers ».³ Pour être brefs, nous désignerons les buveurs de la seconde catégorie par l'expression « alcooliques non toxicomanes ». Strictement parlant, la notion d'alcoolisme-maladie englobe uniquement les alcooliques toxicomanes et non les « buveurs excessifs symptomatiques réguliers ».

Pour les buveurs des deux groupes, la consommation excessive est symptomatique de troubles psychologiques ou sociaux sous-jacents, mais dans l'un des groupes la « perte de contrôle » quant à la consommation d'alcool se manifeste après plusieurs années de consommation excessive, alors que dans l'autre groupe ce phénomène n'apparaît jamais. C'est le groupe où s'observe la « perte de contrôle » qui est désigné comme celui des « alcooliques toxicomanes ». (Il existe d'autres différences entre ces deux groupes ; elles seront indiquées lors de la description des « phases ».)

La toxicomanie alcoolique considérée comme maladie ne s'applique pas à la consommation excessive de boissons, mais uniquement à la « perte de contrôle » qui survient chez les alcooliques de l'un des groupes, et seulement après plusieurs années d'excès de boisson. Nous ne voulons pas nier que l'alcoolique non toxicomane soit un malade ; toutefois, le mal dont il souffre ne consiste pas dans l'excès de boisson, mais plutôt dans les difficultés psychologiques ou sociales auxquelles l'intoxication alcoolique donne un sursis temporaire.

La « perte de contrôle » constitue un état pathologique en soi : elle résulte d'un processus qui se superpose aux états psychologiques anormaux dont l'excès de boisson est un symptôme. Le fait que nombre de buveurs excessifs boivent, pendant 30 ou 40 ans, autant ou plus que les alcooliques toxicomanes, sans perdre la maîtrise de leur consommation d'alcool, indique que, chez ces derniers, il doit se produire un processus additionnel.

Malgré les affirmations de différents chercheurs, on ne saurait encore dire d'une manière quelque peu certaine si ce processus additionnel est de nature psycho-pathologique ou s'il a un caractère physico-pathologique.

De même, on ne peut encore faire que des conjectures sur le point de savoir si la « perte de contrôle » provient d'une prédisposition psychologique ou physique, ou s'il s'agit d'un facteur acquis au cours d'une longue période de consommation excessive d'alcool.

Le fait qu'il y a un groupe important de buveurs excessifs chez lesquels cette « perte de contrôle » ne se manifeste pas semblerait indiquer l'existence d'une prédisposition *X* chez les alcooliques toxicomanes. Néanmoins,

³ Voir page 17.

cette explication n'est pas nécessaire, la différence entre alcooliques toxicomanes et non toxicomanes pouvant être imputable à des comportements acquis ; par exemple, elle peut tenir à la différence des habitudes alimentaires acquises.

Signification de la consommation symptomatique

Dans les collectivités humaines, l'usage des boissons alcooliques a, en premier lieu, une signification symbolique et présente secondairement un caractère « fonctionnel ». Les civilisations qui admettent cette coutume diffèrent entre elles par la nature et l'importance des « fonctions » qu'elles tiennent pour légitimes. Les différences entre ces « fonctions » sont déterminées par la structure générale de la vie culturelle d'une société : par exemple, par le besoin de se détendre et de surmonter l'agressivité, par le besoin d'identifications idéales et les moyens de satisfaire ce besoin, par la nature et l'intensité des angoisses et la manière de les soulager, etc. Plus le caractère symbolique primitif de l'habitude est conservé, moins la civilisation laisse de place au caractère « fonctionnel » de la boisson.

Toute consommation de boissons alcooliques conforme aux habitudes admises est caractéristique de la structure culturelle de la société à laquelle le buveur appartient. Dans ce cadre de symptomatologie sociale, il peut exister en outre des symptômes individuels qui s'expriment dans l'acte de boire. Le fait qu'un individu donné boit un verre de bière à son repas peut être symptomatique d'une certaine société où cet usage est admis comme moyen soit de se désaltérer, soit d'ingérer un « supplément alimentaire ». Que l'individu boive à ce moment précis peut être le symptôme d'un état de fatigue ou d'excitation, ou correspondre à quelque autre disposition d'esprit ; on aura donc affaire à un symptôme individuel, mais, si la société dont cet homme fait partie admet l'usage de la boisson à de telles fins, cet acte sera en même temps symptomatique d'une certaine culture.

Dans ce sens, la consommation, même faible ou modérée, de boissons alcooliques est symptomatique, et l'on peut dire que tous les buveurs sont des buveurs symptomatiques du genre de société auquel ils appartiennent, ou tout au moins que c'est ainsi qu'ils ont commencé à être des buveurs.

Les consommateurs de boissons alcooliques, dans leur grande majorité, restent dans les limites du comportement accepté par leur société pour l'usage de la boisson, et pour eux le fait de boire représente essentiellement une expression de leur milieu social ; si l'on peut observer, dans ce comportement, l'expression d'un caractère personnel, celui-ci ne joue qu'un rôle absolument insignifiant.

Dans le présent exposé, nous réserverons l'expression « consommation symptomatique » à l'usage prédominant de boissons alcooliques pour le soulagement des fortes tensions individuelles.

Il existe une certaine proportion, que l'on ne connaît pas, de ces consommateurs de boissons alcooliques — 20 % peut-être — ayant occasionnellement tendance à tirer parti des effets « fonctionnels » de l'alcool, qu'ils connaissent par l'expérience directe faite au cours de sa consommation « sociale ». Au moins par moments, la motivation individuelle vient à prédominer : l'alcool perd alors son caractère de boisson, et l'utilisateur l'emploie comme drogue.

Le « buveur excessif symptomatique occasionnel » tend à dominer les contraintes et les tensions de l'existence au moyen de comportements admis par la société, c'est-à-dire « normaux », et il boit le plus souvent suivant la coutume de la collectivité. Toutefois, après une longue suite de difficultés ou en raison d'une difficulté particulièrement grave, sa tolérance aux tensions s'affaiblit et il recourt au remède héroïque de l'ivresse pour soulager les symptômes dont il souffre.⁴ Dans ces conditions, le « soulagement » peut prendre un caractère explosif et le buveur excessif symptomatique occasionnel peut ainsi poser de graves problèmes. On ne saurait invoquer d'anomalie psychologique dans le cas de ce type de buveur, bien qu'il ne constitue pas une personnalité bien équilibrée.

Néanmoins, le groupe qui paraît formé de « buveurs excessifs symptomatiques occasionnels » comprend une certaine proportion d'individus qui sont nettement inadaptés et qui, après une période plus ou moins longue pendant laquelle ils demandent occasionnellement à l'alcool un soulagement de leurs symptômes, en arrivent à y recourir constamment ; se livrer à la boisson devient pour eux un « mode d'existence ». Ce sont les « alcooliques », dont un certain nombre subissent la « perte de contrôle » de la consommation d'alcool, c'est-à-dire deviennent des « alcooliques toxicomanes ».

La proportion d'alcooliques — toxicomanes et non toxicomanes — varie d'un pays à l'autre, mais nulle part elle ne semble dépasser 5 à 6 % de tous les consommateurs habituels de boissons alcooliques. On ignore le rapport des alcooliques toxicomanes aux non toxicomanes.

Tableau de la toxicomanie alcoolique

La figure 1 représente, sous forme graphique, l'évolution de la toxicomanie alcoolique. Ce diagramme repose sur l'analyse de l'histoire de plus de 2.000 alcooliques toxicomanes de sexe masculin. Les symptômes indiqués dans le graphique ne s'observent pas nécessairement tous chez chacun d'eux, et ils ne se manifestent pas dans tous les cas suivant le même ordre. Les « phases » et la façon dont les symptômes se succèdent à chaque

⁴ Ce groupe de buveurs ne comprend pas les « alcooliques périodiques » ordinaires.

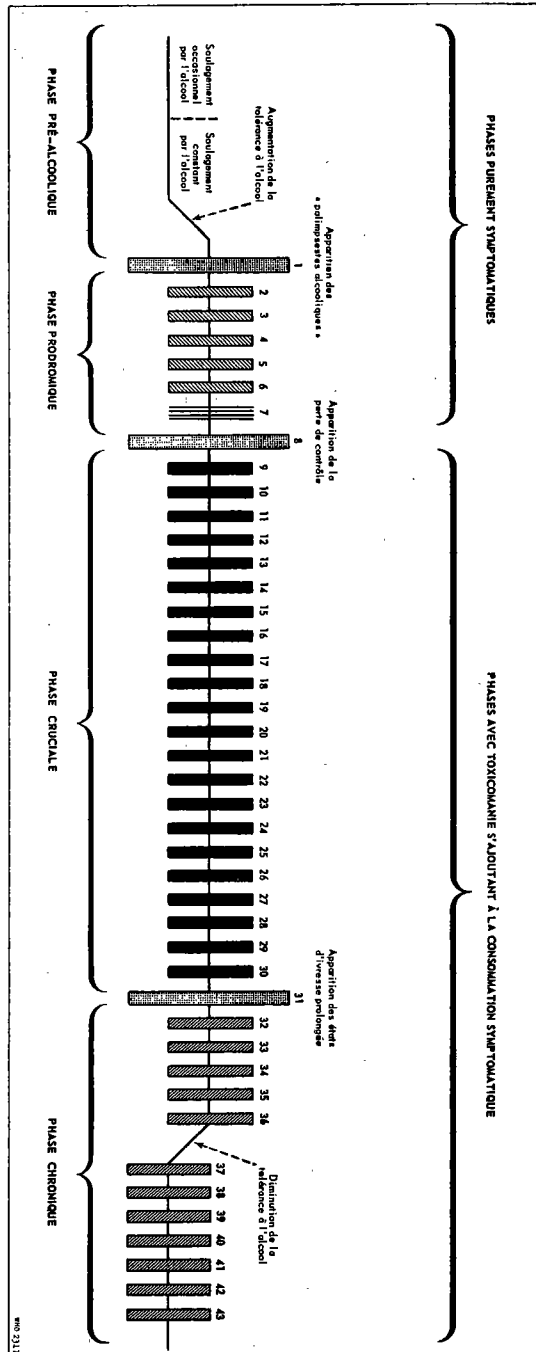


FIG. 1. LES PHASES DE LA TOXICOMANIE ALCOOLIQUE

Les grandes barres verticales indiquent l'apparition des symptômes les plus importants qui marquent le début des phases.
 Les petites barres indiquent l'apparition des symptômes au cours d'une phase.
 Les numéros renvoient à la description des symptômes dans le texte.

phase sont néanmoins caractéristiques pour la grande majorité des alcooliques toxicomanes et représentent, peut-on dire, la tendance moyenne.

Chez les femmes alcooliques, les « phases » ne sont pas aussi clairement définies que chez les hommes et l'évolution est fréquemment plus rapide.

La durée des « phases » varie selon les facteurs individuels et le milieu. Dans le diagramme, la « longueur » des différentes phases n'indique pas des différences de durée ; elle est déterminée par le nombre des symptômes qu'il y a lieu de mentionner pour chaque phase.

Le tableau des phases de la toxicomanie alcoolique sert de base à notre description, et les différences entre alcooliques toxicomanes et non toxicomanes sont indiquées dans le texte.

La phase pré-alcoolique symptomatique

À l'origine, ce sont toujours des motifs d'ordre social qui amènent le futur alcoolique — toxicomane ou non — à consommer des boissons alcooliques. Cependant, à la différence du buveur social moyen, l'alcoolique futur — ainsi que le « buveur excessif symptomatique occasionnel » — éprouve bientôt, dans l'état où le met la boisson, le soulagement espéré. Si ce soulagement est très prononcé dans son cas, c'est parce que ses tensions psychologiques sont beaucoup plus fortes que chez les autres membres de son milieu social, ou parce qu'il n'a pas appris à les surmonter comme le font les autres.

Tout d'abord, le buveur attribue son soulagement aux circonstances plutôt qu'à la boisson même, aussi recherche-t-il les circonstances dans lesquelles il y aura occasion de boire. Tôt ou tard, évidemment, l'homme prendra conscience de la relation entre le soulagement obtenu et le fait de boire.

Au début, il ne recherche ce soulagement que d'une manière occasionnelle, mais, après une période de six mois à deux ans, sa tolérance aux tensions diminue à tel point qu'il recourt à peu près chaque jour au soulagement par l'alcool.

Néanmoins, l'ingestion d'alcool n'aboutit pas à une ivresse manifeste, mais le buveur atteint vers le soir un stade où il se trouve libéré des tensions affectives. Même sans qu'il y ait ivresse, cet état implique une consommation assez importante de boissons alcooliques, notamment lorsqu'on la compare à celle des autres personnes qui font partie de son milieu social. Cependant, l'importance de cette consommation ne frappe encore ni le buveur lui-même ni ses amis.

Après un certain temps, on peut observer une augmentation de la tolérance à l'alcool, c'est-à-dire que le buveur a besoin d'une quantité d'alcool un peu plus forte que précédemment pour arriver au stade d'apaisement désiré.

Ce genre de comportement en matière de boisson peut durer de plusieurs mois à deux ans, suivant les circonstances ; il correspond à la phase que nous qualifierons de pré-alcoolique et qui comporte deux stades : dans le premier, le soulagement est occasionnellement recherché dans la boisson, dans le second, cette recherche est constante.

La phase prodromique

La soudaine apparition d'un comportement ressemblant aux « amnésies rétrogrades » qui se produisent dans les cas d'anoxémie marque le début de la phase prodromique de la toxicomanie alcoolique. Un buveur qui n'aura peut-être pas absorbé plus de 50 à 60 grammes d'alcool absolu et qui ne manifestera aucun signe d'ivresse pourra tenir une conversation raisonnable ou se livrer à des activités fort minutieuses sans en avoir le moindre souvenir le lendemain, bien qu'il puisse parfois se rappeler vaguement un ou deux détails secondaires. Cette amnésie, qui n'est pas liée à une perte de conscience, a été appelée par Bonhöfer le « palimpseste alcoolique », par allusion aux anciens manuscrits romains dont les caractères se superposent à un texte antérieur incomplètement effacé.

Les « *palimpsestes alcooliques* » (1)⁵ peuvent se manifester en de rares occasions chez le buveur moyen lorsque, se trouvant dans un état d'épuisement physique ou affectif, il absorbe une quantité d'alcool susceptible de provoquer l'ivresse. Certes, on peut également observer des « palimpsestes » chez les alcooliques non toxicomanes, mais ils sont peu fréquents et uniquement consécutifs à un état d'ivresse assez avancé. Ce sont donc la fréquence des « palimpsestes », et le fait qu'ils apparaissent après une ingestion moyenne d'alcool, qui caractérisent le futur alcoolique toxicomane.

Ceci laisserait supposer une sensibilité accrue à l'alcool chez le futur toxicomane. Une telle sensibilité peut être d'origine psychologique ou physiologique. L'analogie avec les « amnésies rétrogrades » de l'anoxémie est tentante. On ne peut, bien entendu, supposer un apport insuffisant d'oxygène, mais peut-être s'agit-il d'une utilisation inadéquate de l'oxygène. L'état présent de nos connaissances en matière d'alcoolisme ne nous permet pas d'aller au-delà de conjectures assez vagues qui, néanmoins, peuvent fournir la base d'hypothèses expérimentales.

L'apparition des « palimpsestes alcooliques » est suivie — ou parfois précédée — de comportements, en matière d'usage des boissons, indiquant que, pour le buveur intéressé, la bière, le vin et les spiritueux ont pour ainsi dire cessé d'être de véritables boissons pour devenir sources d'une

⁵ Le chiffre entre parenthèses qui suit la description de chaque symptôme représente l'ordre attribué à celui-ci dans la figure 1.

drogue dont il « a besoin ». Certains de ces comportements impliquent que le buveur se rend vaguement compte qu'il boit différemment des autres.

Boire en cachette (2) est l'un de ces comportements. Lors de réunions, le buveur cherche les occasions d'avaler quelques verres à l'insu des autres personnes, car il redoute de se faire mal juger si l'on apprenait qu'il boit plus qu'autrui : ceux qui boivent simplement pour répondre à une coutume ou pour se donner un petit plaisir ne sauraient comprendre que, parce qu'il est différent d'eux, le buveur éprouve un besoin impérieux d'alcool, sans pour autant être un ivrogne.

La *préoccupation de l'alcool* (3) est un autre signe de ce « besoin ». Lorsque le buveur doit se rendre à une réunion, sa première pensée est de savoir s'il y aura suffisamment d'alcool pour lui, et il boit plusieurs verres d'avance en prévision d'une pénurie éventuelle.

Cet assujettissement de plus en plus marqué à l'alcool engendre alors l'*avidité alcoolique* : (4) le buveur boit d'un trait sa première ou ses deux premières consommations.

Comme le sujet se rend compte, tout au moins vaguement, qu'il boit plus qu'il n'est habituel, son comportement de buveur fait naître chez lui un *sentiment de culpabilité*, (5) ce qui l'amène à *éviter de parler d'alcool* (6) dans la conversation.

Ces comportements, associés à une *fréquence accrue des « palimpsestes alcooliques »* (7), laissent présager une toxicomanie alcoolique : ce sont des signes prémonitoires, et cette période peut être qualifiée de phase prodromique de la toxicomanie alcoolique.

La consommation de boissons alcooliques au cours de la phase prodromique est « forte », mais elle n'attire pas les regards et n'aboutit pas à des ivresses manifestes et prononcées. Ce qui se passe, c'est que le futur toxicomane atteint vers le soir un état que l'on peut qualifier d'anesthésie affective ; pour y parvenir, il lui est néanmoins nécessaire de boire bien au-delà des normes usuelles. Les quantités d'alcool ingérées peuvent commencer à contrarier le métabolisme et les processus nerveux, comme le montre la fréquence des « palimpsestes alcooliques ».

La « dissimulation » que manifeste le buveur à ce stade est le premier signe que son habitude de boire peut l'isoler de la société, bien qu'au début la boisson ait pu lui servir de procédé pour surmonter un certain manque d'assimilation sociale.

Comme, au cours de la phase prodromique, les justifications que se donne le buveur, ses « rationalisations », ne sont pas très fortes, et comme il a une certaine conscience des conséquences possibles de son comportement et éprouve certaines craintes à cet égard, on peut, à ce stade, arrêter la toxicomanie alcoolique naissante. Aux Etats-Unis d'Amérique, la publicité donnée aux symptômes prodromiques commence à porter ses

fruits : les individus qui se trouvent sur la voie de l'alcoolisme sont amenés à se faire traiter en clinique ou à devenir membres de sociétés d'anciens alcooliques telles que les groupes d'Alcoholics Anonymous.

Il va sans dire que, même à ce stade, la seule solution possible pour ce genre de buveurs est l'abstinence totale.

La période prodromique peut durer de six mois à quatre ou cinq ans, suivant la constitution physique ou psychologique du buveur, ses attaches familiales, ses relations professionnelles, ses préoccupations générales, etc. La phase prodromique prend fin et la phase cruciale ou aiguë débute avec l'apparition de la « perte de contrôle » quant à la consommation d'alcool, qui est le symptôme critique de la toxicomanie alcoolique.

La phase cruciale

La *perte de contrôle* (8) signifie que, dès l'introduction dans l'organisme de la moindre quantité d'alcool, le buveur éprouve la nécessité de boire encore plus d'alcool, nécessité qu'il ressent comme un besoin physique, mais qui pourrait être un phénomène de l'ordre des conversions hystériques. Ce besoin persiste jusqu'au moment où le buveur se trouve dans un état d'ivresse trop avancée ou qu'il est trop malade pour ingérer plus d'alcool. Le malaise physique consécutif à cette conduite est contraire à l'objectif visé par le buveur, lequel cherche simplement à se sentir « différent ». En fait, son ivresse peut même avoir eu, à l'origine, non pas un besoin individuel momentané, mais simplement une occasion qui s'était présentée de boire en compagnie.

L'ivresse une fois disparue, ce n'est pas la « perte de contrôle » quant à la consommation d'alcool — c'est-à-dire le besoin physique, apparent ou réel — qui conduit à une nouvelle beuverie après plusieurs jours ou plusieurs semaines : la répétition de l'acte est due soit aux conflits psychologiques primitifs, soit simplement à une situation sociale qui implique la consommation de boissons alcooliques.

Cette « perte de contrôle » est effective dès le moment où le sujet a commencé à boire, mais elle n'implique pas nécessairement qu'il recommencera à boire. Le buveur a perdu la faculté de contrôler la quantité qu'il absorbe une fois qu'il s'est mis à boire ; toutefois, il demeure toujours maître de boire ou non dans une occasion donnée. La preuve en est qu'après une telle « perte de contrôle » le buveur peut passer par une période d'abstinence volontaire.

On se demande souvent pourquoi le buveur recommence à boire après des expériences désastreuses et répétées. Bien qu'il ne veuille pas le reconnaître, l'alcoolique toxicomane croit qu'il a perdu sa volonté mais qu'il peut et doit la retrouver. Il ne se rend pas compte qu'il a passé par une évolution qui lui rend impossible de contrôler sa consommation d'alcool. Etre

« maître de sa volonté » devient pour lui une affaire d'une extrême importance. Lorsque des tensions surviennent, « boire un coup » est pour lui le remède naturel, et il est convaincu que, cette fois, il s'agira d'un ou deux verres seulement.

A peu près en même temps qu'apparaît la « perte de contrôle » en question, l'alcoolique invétéré commence à *rationaliser son comportement à l'égard de la boisson* (9) : il fournit les « alibis » de l'alcoolique, bien connus. Il trouve des explications pour se persuader qu'il n'a pas perdu ce contrôle, mais qu'il avait de bonnes raisons pour s'enivrer et que, en l'absence de raisons de ce genre, il est capable de se comporter à l'égard de l'alcool tout aussi bien qu'un autre. Ces rationalisations lui sont avant tout nécessaires pour lui-même, et en second lieu seulement pour sa famille et ses amis. Les raisons qu'il se donne ainsi lui permettent de continuer à boire, ce qui est pour lui de la plus haute importance, car il ne connaît pas d'autre moyen de trouver une issue à ses difficultés.

Tel est le début de tout un « système de rationalisations » qui s'étend progressivement à tous les aspects de l'existence du buveur. Si ce système a en grande partie son origine dans des besoins intérieurs, il sert également à l'homme de moyen de lutte contre les *pressions sociales* (10) qui s'exercent à l'époque de la « perte de contrôle ». A ce moment, bien entendu, le comportement particulier du buveur devient manifeste, et les parents, l'épouse, les amis, l'employeur peuvent commencer à lui adresser des reproches et des avertissements.

Malgré toutes ses rationalisations, le buveur perd nettement l'estime de lui-même ; ceci appelle évidemment des compensations, lesquelles, en un certain sens, constituent aussi des rationalisations. Une de ces compensations est représentée par les *idées de grandeur* (11) que le buveur toxicomane commence à manifester à ce moment. Des dépenses extravagantes et des discours grandiloquents le convainquent qu'il n'est pas aussi mauvais qu'il avait parfois pensé.

Le système de rationalisations engendre un autre système, à savoir le « système d'isolement ». Les rationalisations conduisent tout naturellement le buveur à l'idée que ce n'est pas chez lui que cela va mal, mais chez les autres, ce qui l'amène à se retirer progressivement de son milieu social. Le premier signe de cette attitude est une *agressivité prononcée* (12).

Inévitablement, ce dernier comportement engendre un sentiment de culpabilité. Au cours de la période prodromique, il a pu arriver que le buveur éprouve, de temps à autre, du remords à boire, mais maintenant surgissent des *remords persistants* (13), et cette tension supplémentaire constitue une nouvelle raison de boire.

Cédant aux pressions sociales qui s'exercent sur lui, le buveur passe maintenant par des *périodes d'abstinence totale* (14). Ses rationalisations

font toutefois surgir chez lui une nouvelle manière de maîtriser l'ingestion de la boisson : il croit que le mal vient de ce qu'il ne boit pas le genre de boissons qui convient ou qu'il ne boit pas de la bonne manière. Il essaie à présent de combattre ses maux par une *modification de ses habitudes en matière de boisson* (15), en établissant des règles suivant lesquelles il ne doit pas boire avant certaines heures de la journée, ou boire seulement dans certains lieux, et ainsi de suite.

D'être contraint à lutter ainsi augmente l'hostilité du buveur à l'égard de son milieu, et il commence à *cesser de voir ses amis* (16), il *quitte son emploi* (17). Il va sans dire que certains de ses amis l'abandonnent et qu'il perd parfois son travail ; cependant, le plus souvent, c'est lui qui prend l'initiative, par une sorte de réaction de défense anticipée.

L'isolement du buveur s'accroît à mesure que tout son *comportement se trouve axé sur l'ingestion d'alcool* (18); autrement dit, il commence à se préoccuper de la manière dont ses activités peuvent gêner son habitude de boire, et non de ce que celle-ci entrave ses activités. Ce fait entraîne évidemment un égocentrisme plus prononcé, qui accroît les tendances aux rationalisations et à l'isolement. Il s'ensuit, chez le buveur, une *perte d'intérêt pour ce qui lui est extérieur* (19) et une *nouvelle interprétation de ses rapports individuels avec autrui* (20), associées à un *apitoiement marqué sur soi-même* (21). A ce moment, l'isolement est devenu plus grand et les rationalisations ont augmenté d'intensité, ce qui se traduit par des *désirs de fuite* (22), réalisés ou non.

Sous l'effet de ces événements, il survient un *changement dans les habitudes de la famille* (23). La femme et les enfants, qui entretenaient peut-être d'excellentes relations sociales, peuvent soit y renoncer par crainte de se trouver gênés en présence de tiers, soit, au contraire, multiplier soudainement leurs activités extérieures afin d'échapper à l'atmosphère du foyer. Ces faits et d'autres encore amènent l'apparition de *ressentiments déraisonnables* (24) chez l'alcoolique toxicomane.

La prédominance de ses préoccupations relatives à l'alcool conduit le buveur à *protéger son approvisionnement* (25), c'est-à-dire à constituer un stock important de boissons alcooliques, qu'il cache dans les emplacements les plus inattendus. Ce comportement traduit la crainte d'être privé de ce qui est le plus nécessaire à sa vie.

Il *néglige de s'alimenter convenablement* (26), ce qui aggrave les premiers effets des excès de boisson sur l'organisme ; souvent le buveur doit alors se soumettre à une *première hospitalisation* (27) pour quelque trouble d'origine alcoolique.

L'un des effets fréquents de l'alcoolisme sur l'organisme est une *diminution de l'impulsion sexuelle* (28), qui augmente l'hostilité du buveur envers sa femme et qu'il rationalise en imputant à sa compagne des activités

sexuelles extraconjugales, ce qui donne lieu à la *jalousie alcoolique* (29) bien connue.

A ce moment, les remords, les ressentiments, le conflit entre ses besoins d'alcoolique et ses devoirs, la perte de son estime envers lui-même, les doutes qu'il éprouve et les fausses assurances qu'il s'est données ont tellement désorganisé sa personnalité que le buveur ne peut commencer la journée sans se raffermir au moyen d'alcool dès son lever, voire avant d'être sorti du lit. Ainsi commence l'*ingestion matinale régulière d'alcool* (30), qui, auparavant, était rare.

Ce comportement marque la fin de la phase cruciale et annonce le début de la phase chronique.

Au cours de la phase cruciale, l'ivresse est de règle, mais elle se produit seulement le soir. Pendant la plus grande partie de cette phase, la consommation d'alcool débute dans le courant de l'après-midi et l'état d'ivresse est atteint dans la soirée. On notera que le « besoin physique » inhérent à la « perte de contrôle » quant à la quantité absorbée se traduit par une ingestion d'alcool continue plutôt que continue. C'est particulièrement le « verre du matin », dont l'habitude apparaît vers la fin de la phase cruciale, qui caractérise le régime de l'ingestion continue. Le premier verre avalé au lever, disons vers 7 heures du matin, est suivi d'une autre absorption vers 10 ou 11 heures, puis d'une autre vers 13 heures, tandis que la plus forte consommation de boissons ne commence guère avant 17 heures.

Durant toute la phase cruciale, le buveur lutte fortement contre la perte complète de son rang social. Parfois, les suites de l'ivresse vespérale entraînent une certaine perte de temps, mais, en général, l'alcoolique réussit à s'occuper de son travail, bien qu'il néglige sa famille. Il fait un effort particulièrement grand pour éviter l'ivresse pendant la journée. Néanmoins, ses motivations sociales s'affaiblissent progressivement et le « verre du matin » compromet dangereusement les tentatives que fait le buveur pour remplir ses devoirs professionnels, cet effort entraînant une résistance consciente au « besoin physique », apparent ou réel, d'alcool.

La « perte de contrôle » marque le début du stade de la toxicomanie alcoolique en tant qu'entité nosologique, qui se superpose à la consommation symptomatique excessive. Ce processus morbide mine progressivement la résistance morale et physique de l'alcoolique.

La phase chronique

Le rôle de plus en plus prépondérant de l'alcool, ainsi que la lutte contre le « besoin » déclenché par l'ingestion matinale, finissent par briser la résistance de l'alcoolique : pour la première fois, il se trouve en état d'ivresse au milieu de la journée, pendant un jour ouvrable, et il continue ainsi plusieurs jours durant, jusqu'au moment où il perd tous ses moyens. Tel est le début des *états d'ivresse prolongée* (31).

Ce dernier comportement du buveur rencontre une réprobation de la collectivité tellement unanime qu'il entraîne un grave risque social. Seule une personnalité originellement psychopathique, ou un individu s'étant trouvé à une certaine époque de sa vie dans un état psycho-pathologique, s'exposera à ce risque.

Ces états d'ivresse prolongée amènent ordinairement un *avilissement prononcé du sens moral* (32) et un *affaiblissement des facultés intellectuelles* (33); ce ne sont d'ailleurs pas là des phénomènes irréversibles. De véritables *psychoses alcooliques* (34) peuvent se manifester à ce moment, mais elles n'apparaissent que chez 10 %, au maximum, de tous les alcooliques.

La perte du sens moral est devenue telle que l'alcoolique *boit avec des gens d'un niveau social bien inférieur au sien* (35), de préférence à ses connaissances ordinaires, peut-être pour avoir l'occasion de manifester une supériorité; s'il ne peut rien se procurer d'autre, *il recourt à des alcools dénaturés* (36) tels que des alcools pour lotions ou frictions.

On observe alors couramment une *diminution de la tolérance à l'alcool* (37). La moitié des quantités d'alcool précédemment nécessaires peut suffire pour provoquer un état d'hébétéude.

Les *crainces indéfinissables* (38) et les *tremblements* (39) prennent un caractère persistant. Il arrive aussi que ces symptômes s'observent sporadiquement au cours de la phase cruciale, mais dans la phase chronique ils se manifestent dès que l'alcool disparaît de l'organisme. En conséquence, l'alcoolique « combat » ces symptômes en recourant à l'alcool. Il en va de même pour l'*inhibition psychomotrice* (40), qui est l'impossibilité d'entreprendre un acte mécanique simple — par exemple, celui de remonter une montre — en l'absence d'alcool.

Le besoin de remédier à ces symptômes d'alcoolisme est plus fort que le besoin de soulager les symptômes sous-jacents primitifs du conflit personnel et l'*ingestion d'alcool prend un caractère d'obsession* (41).

Chez beaucoup d'alcooliques, 60 % environ, *une sorte de religiosité apparaît* (42) à mesure que s'affaiblissent les rationalisations. Enfin, au cours des états d'ivresse fréquents et prolongés, ces rationalisations sont si souvent et si impitoyablement contredites par la réalité que tout le *système de rationalisations s'effondre* (43), et l'alcoolique se reconnaît vaincu. A ce moment, il devient spontanément accessible au traitement. Néanmoins, il continue à être obsédé par le désir de boire, car il ne voit pas d'autre issue.

Autrefois, on pensait que l'alcoolique devait atteindre ce stade de débâcle finale pour être traité avec succès. L'expérience clinique a toutefois montré que cette « débâcle » pouvait être provoquée bien longtemps avant sa manifestation spontanée et que même l'alcoolisme naissant pou-

vaît être arrêté. Comme il est facile de reconnaître l'apparition de celui-ci, il est possible d'aborder le problème sous l'aspect préventif.

La « personnalité alcoolique »

L'agressivité, les sentiments de culpabilité, les remords, les ressentiments, l'isolement, etc., qui se manifestent au cours des différentes phases de l'alcoolisme, résultent en grande partie des excès de boisson, mais, en même temps, en entraînent de plus considérables encore.

Outre le soulagement des symptômes afférents au conflit personnel sous-jacent par l'ingestion d'alcool, l'alcoolique cherche maintenant, en buvant plus encore, à se libérer des tensions que crée sa conduite de buveur.

D'une façon générale, ces réactions à l'absorption excessive d'alcool — réactions qui ressemblent tout à fait à des névroses — donnent l'impression d'une « personnalité alcoolique », bien qu'elles constituent des comportements secondaires superposés à des types de personnalité extrêmement divers mais présentant quelques traits communs, en particulier une faible aptitude à surmonter les tensions. On ne saurait toutefois dégager un trait psychologique ou un caractère physique spécifique qui conduirait inévitablement l'individu à la consommation symptomatique excessive de boissons alcooliques. A côté de prédispositions psychologiques et, peut-être, physiques, il doit y avoir toute une constellation de facteurs économiques et sociaux qui, dans un terrain favorable, facilitent l'apparition de l'alcoolisme, ce dernier pouvant ou non prendre le caractère d'une toxicomanie.

L'alcoolique non toxicomane

Nous avons indiqué en divers endroits quelques différences entre l'alcoolique non toxicomane et l'alcoolique toxicomane. Nous récapitulerons et nous préciserons ces différences et nous envisagerons d'autres traits distinctifs.

On verra facilement apparaître la principale différence en supprimant les grands traits dans le graphique (voir fig. 1). On obtient alors un diagramme qui indique une augmentation progressive du recours à l'alcool pour le soulagement des symptômes et une aggravation des conséquences qu'entraîne cet emploi dans l'ordre social et pour la santé, mais sans phases nettement définies.

La phase pré-alcoolique est la même pour tous les alcooliques, toxicomanes ou non, c'est-à-dire que le buveur passe du recours occasionnel au recours constant à l'alcool pour le soulagement des symptômes individuels par l'ingestion d'alcool.

Les comportements qui dénotent que l'alcool est devenu une drogue plutôt qu'une boisson (symptômes 2 à 6) se manifestent également chez le buveur non toxicomane, mais, comme il a été dit plus haut, les « palimpsestes alcooliques » apparaissent rarement, et seulement après un état d'ivresse patent.

L'alcoolique non toxicomane ne connaît pas la « perte de contrôle » quant à la quantité d'alcool qu'il absorbe : ce fait constitue le critère principal de différenciation entre les deux catégories d'alcooliques. Sans doute, au début, ne peut-on dire si le buveur a déjà atteint la phase cruciale ; mais, après dix ou douze ans de forte consommation alcoolique sans qu'il y ait « perte de contrôle », si les symptômes 2 à 6 étaient persistants et si les « palimpsestes » étaient rares et ne se manifestaient pas après une prise moyenne d'alcool, on peut poser assez sûrement le diagnostic différentiel.

L'absence de « perte de contrôle » a plusieurs conséquences. Avant tout, comme il n'y a pas, chez le buveur, incapacité de cesser de boire dans une situation donnée, il n'éprouve aucun besoin de rationaliser semblable incapacité. Néanmoins, il construit des rationalisations pour justifier la consommation excessive d'alcool et une certaine négligence de ses devoirs familiaux liée à cette consommation. De même, le buveur non toxicomane n'a pas besoin de modifier ses habitudes de boire, contrairement au buveur toxicomane qui s'efforce, par une telle modification, de surmonter la « perte de contrôle ». On constate cependant des périodes d'abstinence totale qui sont une réaction à la pression sociale s'exerçant sur le buveur.

En revanche, on observe la même tendance à l'isolement que chez le buveur toxicomane, mais les répercussions sociales sont beaucoup moins marquées, car l'alcoolique non toxicomane peut éviter de s'enivrer lorsque les circonstances sociales l'exigent.

Les effets sur l'organisme d'une consommation alcoolique forte et prolongée peuvent également se manifester chez l'alcoolique non toxicomane et le delirium tremens peut même apparaître. La libido peut diminuer et il peut résulter de ce fait une « jalousie alcoolique ».

D'une manière générale, on constate une tendance à une domination progressive de l'alcool, ayant pour conséquence des effets psychologiques et organiques plus considérables. Néanmoins, en l'absence de toute psychopathie initiale grave, les symptômes de la phase chronique constatés chez les toxicomanes ne se manifestent pas chez l'alcoolique non toxicomane. En cas de psychopathies sous-jacentes graves, les excès alcooliques habituels accélèrent le processus de dégénérescence, en sorte qu'un buveur non toxicomane peut glisser jusqu'au bas de l'échelle sociale.