

L'emploi des ordinateurs en clinique psychiatrique

Etude statistique d'une population d'alcooliques traités

par M. TIMSIT,

Département de Psychologie médicale et de Médecine psychosomatique
de l'Université de Liège

J. SABATIER,

Service des applications médicales du Centre de Calcul et de Traitement
de l'Information de l'Université de Liège

P. MEES, M. DEGOSELY et E. BINOT

Centre Médico-social pour alcooliques et toxicomanes, l'Espoir, de Malmédy

De toutes les disciplines médicales, la psychiatrie passe assurément pour être celle qui serait le plus entachée de subjectivité et, sans doute, cette considération n'est-elle pas étrangère au fait que, dès l'avènement de l'informatique, de nombreux psychiatres ont cherché dans les ordinateurs le moyen de traiter, d'une manière qui serait enfin systématique, les informations que leur pratique leur permettrait de recueillir auprès des malades mentaux. Pour la plupart d'entre eux, cette démarche semblait offrir la possibilité d'entreprendre, sur une vaste échelle, et avec le minimum d'objectivité requis en matière de recherche scientifique, les études comparées qui donneraient à la psychopathologie certains des fondements statistiques qui lui sont nécessaires.

C'est dans une telle perspective que se sont placés, depuis 1967, à Liège, le Département de Psychologie Médicale et le Service des Applications Médicales du Centre de Calcul et de Traitement de l'Information pour effectuer une série de travaux conjoints. Notre présent propos n'est pas de reprendre les problèmes méthodologiques que cette recherche a soulevés, ni de discuter les résultats auxquels elle a déjà conduit dans divers domaines de la psychiatrie et de la médecine psychosomatique, puisque ces questions ont fait l'objet de plusieurs communications publiées, pour une grande part, dans cette Revue même (Dongier, Timsit *et al.*, 1971 ; Melon et Timsit, 1971 ; Urbain et Timsit, 1972 ; Timsit et Sabatier, 1973 ; Timsit, Dugardin *et al.*, 1973). Nous voudrions simplement tenter de montrer tout l'intérêt qu'elle nous a paru présenter

en rapportant le cas précis d'une étude psychopathologique conduite sur une population d'alcooliques traités.

Les raisons de ce choix sont doubles.

— Elles tiennent en premier lieu à des préoccupations d'ordre général. Il est en effet bien évident que le dégagement d'indices — traits de personnalité, organisations structurales, modalités relationnelles — que l'on suppose appartenir en propre aux alcooliques, pour fréquents qu'ils soient, est loin d'avoir mis fin aux controverses qui secouent régulièrement les milieux spécialisés. Entre autres choses, et c'est désormais un lieu commun que de le répéter, il est manifeste qu'il est difficile de distinguer, parmi les données qui sont ainsi recueillies, celles qui relèvent de l'effet de la sujétion à l'alcool de celles qui lui étaient antérieures et qui seraient liées à une éventuelle « prédisposition », laquelle rendrait compte, en quelque sorte, selon Fouquet (1970), du « recours pathologique à l'alcool ». Il était légitime, dans ces conditions, d'espérer qu'une étude centrée sur la comparaison systématique de sujets alcooliques et de sujets névrosés non alcooliques permettrait de surmonter une partie de ces difficultés.

— Ce choix a été motivé, en second lieu, par l'existence de liens « fonctionnels » entre deux établissements de soins à destination différente, le Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique de l'Université de Liège, d'une part, et le Centre Médico-social pour alcooliques et toxicomanes, d'autre part : le premier accueille depuis 1963, date de sa création par M. Dongier*, en polyclinique ou en milieu hospitalier**, une population de sujets qui présentent pour la plupart des troubles névrotiques ou des désordres psychosomatiques ; le second est spécialisé dans la psychothérapie de groupe et dispose d'un service d'hospitalisations pour cures prolongées à la Clinique Reine Astrid à Malmédy.

Méthodologie

Cette étude porte sur 82 patients, de sexe masculin, admis en 1969 et en 1970 au Centre Médico-social de Malmédy pour une cure de désintoxication alcoolique. Ces sujets avaient fait, pendant la première semaine de leur séjour, l'objet d'une observation fondée sur une appro-

* Actuellement directeur du Allan Memorial Hospital et Professeur de Psychiatrie à l'Université McGill à Montréal.

** Nous tenons à remercier tout particulièrement le docteur A. Demaret, médecin-spécialiste des hôpitaux, qui dirigeait l'unité de soins de l'Hôpital de Bavière lorsque cette étude a été réalisée (1969, 1970).

che triple : médicale, sociologique et psychiatrique*. Les données ainsi recueillies étaient mises sur cartes perforées selon le système de codage utilisé au Département de Psychologie Médicale, de telle sorte qu'il devenait aisé de procéder à leur traitement statistique et de dégager des « profils instantanés », lesquels pouvaient être à leur tour comparés à ceux qui avaient été établis, dans des conditions d'observation analogues, chez des sujets non alcooliques.

Remarques préliminaires.

Il nous paraît important de préciser que cette recherche s'est déroulée en deux phases successives. Lors de la première, que l'on peut considérer comme une phase d'approche « globale », c'est sur la totalité des cas enregistrés qu'a porté le traitement statistique. Le seul critère de sélection retenu pour la constitution des groupes était représenté par la notion d'alcoolisme actuel ou ancien : les patients étaient rangés dans un groupe s'ils étaient ou avaient été alcooliques et dans l'autre s'ils ne l'étaient pas et ne l'avaient jamais été. Mais la faiblesse de ce procédé devait apparaître assez rapidement, notamment en raison de la disparité des modes de recrutement de chacune des deux institutions de soins. Toute activité de classement implique en effet, comme préalable, un choix de critères qui réponde à une option théorique fondamentale et vise à obtenir, par le truchement du contrôle du plus grand nombre possible de variables, une « homogénéisation » des groupes comparés. La difficulté réside précisément dans le choix de ces critères de sélection. Dans cette première approche, en l'occurrence, était négligée l'influence éventuelle de facteurs liés, entre autres, à l'existence de troubles psychopathologiques surajoutés, à la distribution des tranches d'âge et aux conditions de prise en charge des patients : ainsi était-on amené à constater que les sujets chez lesquels on avait porté le diagnostic de « personnalités psychopathiques » étaient, proportionnellement, trois fois plus nombreux dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin (différence significative à .001) et que les alcooliques se distribuaient, de façon également statistiquement significative, dans des tranches d'âge plus élevées que les non-alcooliques traités au Département de Psychologie Médicale. Rien ne nous autorisait, dans ces conditions, à rapporter directement à l'alcoolisme les différences statistiquement significatives éventuellement relevées au niveau d'une quelconque variable. On était en droit de supposer que ces différences pouvaient aussi bien avoir été déterminées par l'existence ou l'absence des

* Approches effectuées respectivement par E. Binot, P. Mees et M. Timsit.

facteurs que nous venons de mentionner — mode d'organisation psychopathique, âge plus élevé — ou qu'elles tenaient simplement au fait que les sujets du groupe expérimental étaient hospitalisés tandis que la plus grande partie des patients du groupe témoin étaient traités en polyclinique, à titre ambulatoire.

Population.

Pour pallier ces difficultés d'ordre méthodologique, nous avons, dans une seconde phase de notre recherche, tenté de circonscrire davantage notre population en rendant les groupes plus homogènes. A cette fin, aussi bien chez les alcooliques que chez les non-alcooliques, nous n'avons plus retenu que les sujets qui étaient atteints de troubles d'ordre

TABLEAU I
Diagnostic psychiatrique (ensemble des cas)

	Névrose		Maladie Psychosomatique		Alcoolisme		Totaux
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Groupe I : Alcooliques	0	—	0	—	55	100	55
Groupe II : Non alcooliques Non hospitalisés	202	80	50	20	0	—	252
Groupe III : Non alcooliques Hospitalisés	68	94	4	6	0	—	72

névrotique ou d'affections psychosomatiques, puisqu'ils se répartissaient de façon égale dans les deux groupes (tabl. I et II), et nous avons exclu du champ des investigations ceux qui étaient considérés comme étant franchement psychopathes, les psychotiques et les patients qui présentaient des affections dysgénésiques : le nombre des cas d'alcooliques a ainsi été ramené à 55 et celui des non-alcooliques à 324. Nous avons également scindé la population des « non-alcooliques » en deux groupes différant l'un de l'autre selon le mode de prise en charge : le groupe I étant constitué par les alcooliques du Centre de Malmédy (55 sujets), le groupe II concernait les patients non-alcooliques du Département de Psychologie Médicale traités à titre ambulatoire (252 sujets) et le groupe III les patients non alcooliques de ce même Département traités en milieu hospitalier comme l'étaient ceux du groupe I — groupe expérimental — (72 sujets) (tabl. I et II).

TABLEAU II

Diagnostic psychiatrique complémentaire (ensemble des cas)

	Névrose		Maladie Psychosomatique		Totaux
	Nombre	%	Nombre	%	
Groupe I : Alcooliques	44	80	11	20	55
Groupe II : Non alcooliques Non hospitalisés	199	79	53	21	252
Groupe III : Non alcooliques Hospitalisés	51	71	21	29	72

TABLEAU III

Diagnostic psychiatrique (sujets de 30 à 60 ans)

	Névrose		Maladie Psychosomatique		Alcoolisme		Totaux
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Groupe I : Alcooliques	0	—	0	—	45	100	45
Groupe II : Non alcooliques Non hospitalisés	123	79	33	21	0	—	156
Groupe III : Non alcooliques Hospitalisés	49	92	4	8	0	—	53

TABLEAU IV

Diagnostic psychiatrique complémentaire (sujets de 30 à 60 ans)

	Névrose		Maladie Psychosomatique		Totaux
	Nombre	%	Nombre	%	
Groupe I : Alcooliques	34	76	11	24	45
Groupe II : Non alcooliques Non hospitalisés	116	74	40	26	156
Groupe III : Non alcooliques Hospitalisés	36	68	17	32	53

Nous avons enfin pris la précaution de répéter l'étude statistique qui avait été effectuée sur les lots ainsi constitués, sur une population plus restreinte de sujets âgés de plus de 30 ans (tranches d'âge comprises entre 30 et 60 ans), dans la mesure où la plus grande partie des alcooliques s'y retrouvaient (45 sujets sur 55). On pouvait y dénombrer 156 sujets du groupe II (sur 252) et 53 sujets du groupe III (sur 72) (tabl. III et IV).

Procédure.

Compte tenu de la nature des données que notre système de codage permet d'enregistrer, nous nous sommes limités, au niveau du traitement statistique, à l'utilisation du test du Chi carré. Les opérations ont été réalisées sur l'ordinateur de grande capacité (IBM 360/44) du Centre de Calcul et de Traitement de l'Information de l'Université de Liège*.

Résultats

Il est incontestable qu'aux yeux des psychiatres, les études statistiques sont peu attrayantes et il est rare que l'énoncé des résultats qu'elles permettent d'obtenir ne devienne pas très vite fastidieux. Dans le cas présent, en outre, les démarches successives, visant à restreindre les groupes étudiés, ont abouti à multiplier les combinaisons et à accroître le nombre de corrélations. Aussi nous semble-t-il plus commode, pour la clarté de l'exposé, de nous limiter aux résultats rassemblés au cours de la deuxième phase de l'investigation, en indiquant au passage les modifications qui auront éventuellement été déterminées par le regroupement en classes d'âge. Ce n'est qu'au terme de cette analyse que nous nous livrerons à une étude comparée de ces résultats avec ceux que l'approche globale avait permis d'enregistrer.

Certains d'entre nous l'ont déjà rappelé (Dongier, Timsit *et al.*, 1971 ; Timsit et Sabatier, 1973), les variables retenues dans les systèmes de codage que nous utilisons se réfèrent à des données psychopathologiques dont la valeur est souvent inégale : les unes renvoient à des phénomènes objectifs (les paramètres fondamentaux et, également, dans une large mesure, les éléments anamnestiques), phénomènes dont la réalité est peu discutable et que l'on peut comparer, en termes informatiques, à des « hard data » ; les autres, telles les plaintes du malade ou les appré-

* Nous tenons à remercier tout particulièrement M^{lle} J. Randaxhe, premier-technicien au Laboratoire de Neurophysiologie Clinique, et M. Gentine, analyste-programmeur du CCTI, pour leur contribution précieuse à la réalisation de ce travail.

ciations du médecin, à des manifestations dont l'évaluation serait plus volontiers entachée de subjectivité et que l'on pourrait considérer comme des « soft data ». Le plan que nous suivrons pour exposer nos résultats se fondera sur cette distinction et comportera trois rubriques successives :

- données objectives (paramètres fondamentaux et éléments anamnestiques ;
- plaintes subjectives (« le point de vue du malade ») ;
- évaluation clinique (« le point de vue du médecin »).

1. Les données objectives.

a) *Les antécédents familiaux* (fig. 1).

Comme on peut en juger à la lecture des histogrammes repris à la figure 1, l'étude des antécédents révèle l'existence de différences statistiquement significatives entre le groupe des alcooliques et les deux groupes témoins. Ainsi retrouve-t-on davantage d'états psychotiques ou dysgénésiques chez les parents des premiers : c'est le cas pour un alcoolique sur cinq tandis que cette notion n'est retrouvée que chez un sujet non alcoolique sur vingt. Cette relation est d'ailleurs plus évidente quand on la recherche chez l'ensemble des patients repris au tableau I (significatif à .02) : chez les sujets de plus de 30 ans (significatif à .10), la proportion reste la même, mais le nombre de cas indemnes d'antécédents familiaux s'élève. Comment interpréter cette particularité ? Il nous paraît difficile de la rapporter à ce « noyau psychotique » que Lange *et al.* (1970) et Pellet et Cottraux (1972) ont décrit chez « l'alcoolique », parce que, d'une part, ce type de structure est loin d'être démontré — nous aurons l'occasion d'y revenir lors de la discussion — et parce que, d'autre part, l'influence des facteurs héréditaires dans les psychoses prête encore à discussion. Nous serions plus volontiers tentés de rapprocher ce phénomène des conclusions auxquelles aboutissent Winokur *et al.* (1970) : pour ces auteurs, en effet, est statistiquement démontrée la probabilité d'une conduite alcoolique chez les parents d'alcooliques, parents au premier degré et de sexe masculin. Jellinek (1960) invoque également une « base héréditaire constitutionnelle », conjuguée à d'autres facteurs, il est vrai, dans l'étiopathogénie de l'alcoolisme.

L'étude des *antécédents personnels* n'est pas moins intéressante puisqu'elle met en évidence l'existence d'une corrélation entre l'état alcoolique et la notion d'antécédents *psychosomatiques* (significatif à .001),

lesquels sont notés chez 42 % des sujets du groupe I contre 20 % chez ceux du groupe II. La fréquence de ces antécédents chez les patients non alcooliques hospitalisés (groupe III), plus sévèrement atteints en général que les malades non hospitalisés, se situe à un niveau intermédiaire (29 %). Nous n'avons pas retrouvé de constatation analogue dans la littérature spécialisée que nous avons pu consulter, mais ce fait nous paraît digne d'être souligné dans la mesure où certains auteurs

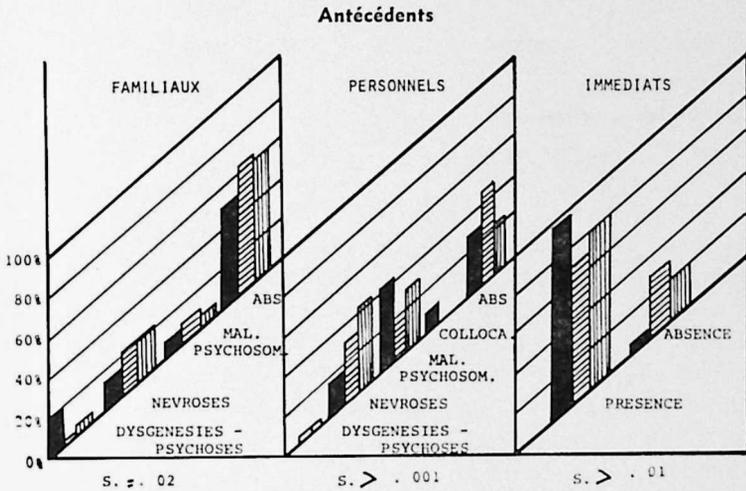


FIG. 1.

ont avancé l'hypothèse d'une proximité entre alcoolisme et organisations psychosomatiques : c'est ainsi que pour McCord et McCord (1960) le « modèle » alcoolique est centré par la notion d'un conflit entre des désirs intenses de dépendance qui remontent à la petite enfance et le rôle d'indépendance qu'exige la société, conflit qui trouverait une solution de compromis dans le recours à l'alcool. Ce « modèle » n'est pas sans rappeler le schéma explicatif qui est habituellement proposé à propos de la pathologie psychosomatique.

Chez les alcooliques, les *antécédents immédiats* sont pratiquement constants, qu'ils concernent des difficultés socio-professionnelles ou économiques, des vicissitudes sentimentales, conjugales ou familiales, ou une atteinte à l'intégrité corporelle (accident, intervention chirurgicale ou maladie grave), alors que cette notion n'est pas retrouvée chez 30 % des patients du groupe II et chez 20 % de ceux du groupe III (différence significative à .01). Il semble que cette relation soit à rappro-

cher de celles qui seront passées en revue plus loin et qui ont traité à l'étude du « milieu actuel » de l'alcoolique. En tout état de cause, elle souligne la plus grande vulnérabilité de ce dernier.

b) *La constellation familiale* (fig. 2).

L'étude du *rang occupé dans la fratrie* nous amène à constater que, chez les alcooliques, ce sont les fils uniques qui sont les plus nombreux (on en compte 23 sur 55 sujets, c'est-à-dire 40 %), tandis que chez les patients non alcooliques hospitalisés ce sont les derniers qui sont

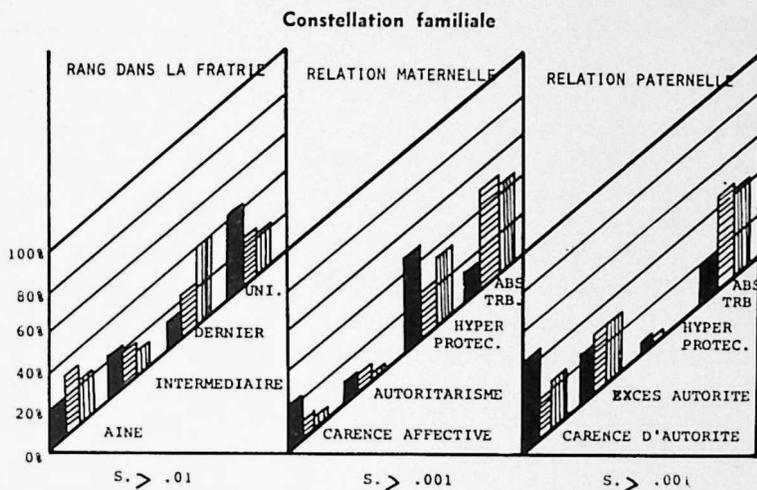


FIG. 2.

prépondérants (40 %), relation significative à .01. Cette observation prête sans doute à discussion et peut-être n'est-elle liée qu'à la nature particulière de notre échantillon, puisque Mowrer (1940) et Fouquet (1971) ont montré de leur côté que c'était la place de dernier de famille nombreuse, place défavorisée, qui susciterait plus volontiers un recours à l'alcoolisme.

Les vicissitudes des *relations parentales* au cours de l'enfance sont, elles, plus évidentes : la relation maternelle est caractérisée une fois sur deux (50 % des cas) par une *hyperprotection* excessive et une fois sur cinq (20 % des cas) par une carence affective manifeste, alors que chez les non-alcooliques ces perturbations sont relevées dans 25 % des cas pour la première et dans 12 % pour la seconde (groupe II), et 38 % et 9 % (groupe III), relation significative à .001. Quant à la relation paternelle, elle est marquée, chez les alcooliques, par une *carence d'autorité* : c'est également le fait d'un sujet sur deux environ

(46 % des cas), pour 18 % des sujets du groupe II et 25 % de ceux du groupe III, relation significative à .001.

Il convient encore de souligner le fait que le *foyer parental*, tel qu'il existait dans l'enfance des sujets étudiés, paraît avoir été plus souvent perturbé dans le groupe des alcooliques que dans les groupes témoins : une fois sur trois, en effet — dans 19 cas sur 55 — chez les premiers, il s'est agi d'une véritable dissociation ou d'une mésentente ouverte entre les parents, tandis que cette éventualité ne se retrouve qu'une fois sur six chez les derniers — 55 cas sur les 324 où cette information a été repérée.

Le dégagement de ces relations significatives n'est pas pour surprendre, puisque les notions auxquelles elles renvoient ont abondamment été soulignées dans la littérature. McCord et McCord (1960), notamment, d'une manière plus subtile et nuancée, et avec la rigueur qu'autorisait une étude longitudinale, ont remarquablement dégagé les principaux types de comportements parentaux qu'ils avaient retrouvés, avec une fréquence significative, chez les sujets qui allaient plus tard devenir alcooliques : déviances chez les mères (alcoolisme, infidélité, voire criminalité), oscillations des sentiments maternels allant de l'affection au rejet, fuite de la mère, relation antagoniste entre les parents, faiblesse de l'estime portée par le père à la mère, entraînant chez l'enfant une situation conflictuelle — désir de soins maternels et répression de ce besoin du fait de la description dévalorisante de la mère par le père.

c) *Le milieu actuel* (fig. 3).

A ce niveau encore, on ne peut qu'être frappé par l'évidence des corrélations qui sont dégagées, tant il est vrai que l'alcoolisme est étroitement lié — sans toutefois qu'il soit toujours possible de distinguer la cause de l'effet — à une dislocation du milieu familial actuel et à une désagrégation progressive de l'activité professionnelle. Ainsi peut-on noter que la proportion de sujets *séparés ou divorcés* est bien plus élevée dans le groupe I (30 %) que dans les groupes II et III (5 % et 12%) (significatif à $> .001$) et cette corrélation se retrouve même si l'on prend le soin de ne considérer que les populations de patients âgés de plus de 30 ans (significatif à .001). Aventures extraconjugales et liaisons sont également plus fréquemment repérées dans leur biographie (différence statistiquement significative à .001). Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que l'attitude des sujets alcooliques à l'égard de ce milieu familial soit marquée par une profonde ambivalence (60 % des cas), alors que chez les sujets des groupes témoins, c'est la dépendance qui ressort plus volontiers (40 % des cas et jusqu'à 50 % chez les patients hospitalisés de plus de 30 ans, contre moins de 20 % des sujets alcooliques, ce qui est significatif à .001).

Les résultats ne sont pas moins éloquents en ce qui concerne l'activité professionnelle : seule, une infime minorité des alcooliques hospitalisés (deux sujets, soit 3 % des effectifs) parviennent à maintenir un niveau d'activité satisfaisant, contre 28 % des sujets névrosés qui consultent à titre ambulatoire et 19 % de ceux qui sont hospitalisés. Il semble bien que, pour les alcooliques, la décision d'entreprendre une cure de désintoxication en milieu hospitalier soit directement liée aux conséquences dommageables que l'intoxication a pu avoir sur leurs capacités de travail. Ce dommage est mieux spécifié si l'on fait valoir

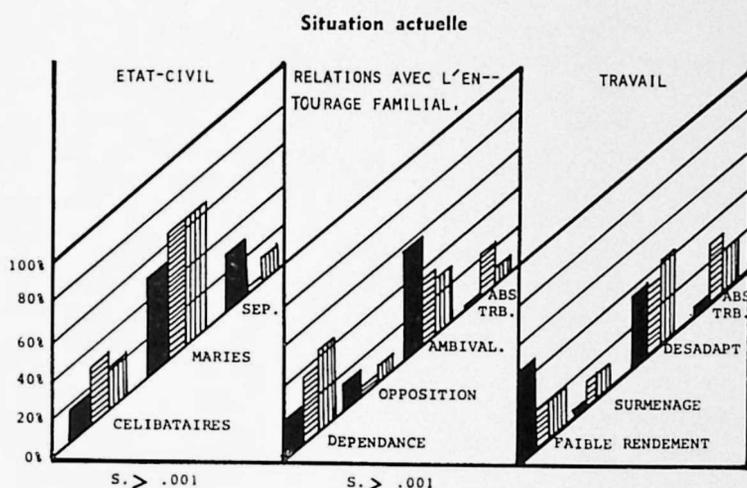


FIG. 3.

que, pour une proportion de cas de « désadaptation » ou d'inadaptation pratiquement identique dans les trois groupes (45 %, 43 % et 52 %), la *faiblesse du rendement professionnel* est accusée par 49 % des sujets alcooliques tandis qu'elle n'est relevée que dans 20 % des cas chez les sujets témoins. Pour rare qu'elle soit d'une manière générale dans la population étudiée, l'éventualité d'un surmenage revêt chez les alcooliques un caractère exceptionnel (3 % des cas contre 9 % chez les témoins, ce qui est significatif à .001).

Il est enfin une donnée qu'il nous paraît important de pointer dans ce cadre : elle est d'ordre comportemental et a trait à ce que l'on peut considérer comme des « impulsions à partir » consistant en des accès d'automatisme ambulatoire, le plus souvent conscient, et différents des raptus de terreur hallucinatoire qui surviennent habituellement en plein

delirium. Ces fugues sont retrouvées chez le tiers des sujets alcooliques, alors qu'elles sont quasi inexistantes chez les témoins.

Nous ne pouvons clore cette rubrique sans indiquer que l'on ne compte aucun ressortissant italien parmi les sujets du groupe I. La rareté de l'alcoolisme dans la population de transplantés à laquelle appartiennent ces ressortissants avait déjà été relevée par l'un de nous dans une étude antérieure (Melon et Timsit, 1971), et corrobore les données de la littérature.

II. Les plaintes subjectives.

C'est en quelque sorte le « point de vue du malade » que résume le graphique représenté dans la figure 4 ; et il apparaît, avec évidence, que ce « point de vue » est essentiellement centré sur le corps. La fréquence des plaintes somatiques chez les sujets alcooliques ressort de façon significative pour tous les troubles fonctionnels recherchés, à l'exception de deux d'entre eux : l'asthénie et l'hyperesthésie. Il convient de remarquer que le premier de ces deux symptômes, l'asthénie, n'est ici apprécié que d'une manière sommaire, selon qu'il existe ou non. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, de constater que plus des deux tiers des patients non alcooliques, qu'ils soient ou non hospitalisés, reconnaissent en éprouver la sensation. Cette plainte a pris de nos jours un caractère trop redondant pour qu'à ce niveau superficiel d'analyse elle soit susceptible d'avoir un caractère discriminatif.

Parmi les troubles fonctionnels psychosomatiques dont la fréquence d'apparition se révèle de manière statistiquement significative plus élevée chez les alcooliques, certains pourraient sans doute paraître procéder du sevrage auquel sont soumis les patients dès leur entrée dans l'institution de soins. Il est bien connu, en effet, que cette mesure thérapeutique nécessaire est génératrice d'angoisse et que les manifestations cardiovasculaires et respiratoires — palpitations, lipothymies, variations tensionnelles, gêne respiratoire, dyspnée, oppression thoracique — occupent une place prépondérante dans le cortège fonctionnel qui accompagne cet état. En fait, nous semble-t-il, il ne s'agit que d'une objection de pure forme dans la mesure où, précisément, chez ces buveurs de type « gamma » et « delta » — selon la classification de Jellinek (1960) — que constituent les sujets étudiés, l'assuétude s'installe pour prévenir l'apparition de ces symptômes de sevrage. Dans tous les cas, l'établissement de ce profil symptomatique à partir du recensement des plaintes tient compte d'une manière fondamentale de l'état qui pré-existait à l'hospitalisation. Ainsi sont également retrouvés, avec une fréquence statistiquement significative, les doléances qui concernent le

système musculo-strié (courbatures et lombalgies), les céphalées, les spasmes divers, le pyrosis et les troubles du transit digestif.

Les troubles du sommeil, pour leur part, sont parmi les plus habituelles de ces plaintes puisque 7 % seulement des sujets alcooliques en sont indemnes : 54 % de ces sujets accusent de l'insomnie et 39 % des troubles de l'endormissement, tandis que ces taux sont respectivement

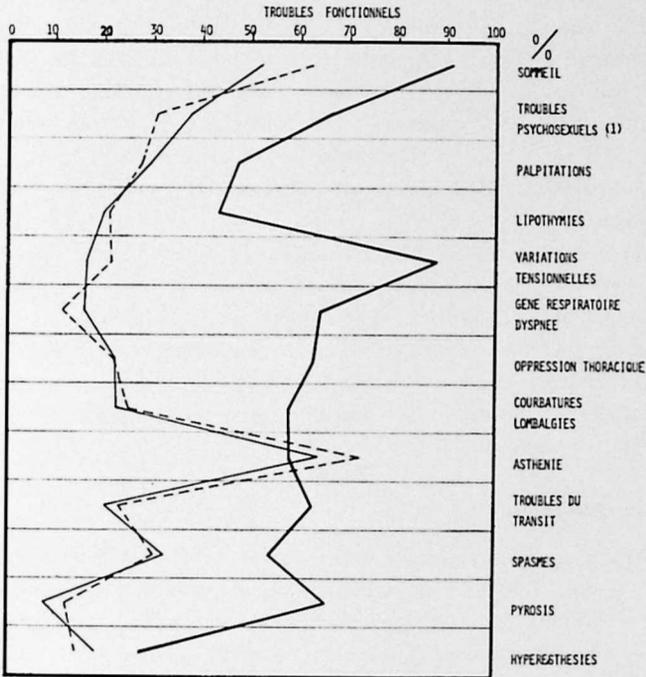


FIG. 4. — Fréquence de distribution des plaintes dans les trois groupes étudiés.
 — groupe I ; ——— groupe II ; - - - - groupe III.

de 35 % et 17 % chez les sujets non alcooliques traités à titre ambulatoire et de 44 % et de 19 % chez ceux d'entre eux qui sont hospitalisés (différence significative à .001). Sans doute ne doit-on voir dans cette corrélation entre l'alcoolisme et les troubles du sommeil que l'objectivation au niveau statistique d'un phénomène bien connu et décrit depuis longtemps, mais sur lequel récemment encore Horn et Wanberg (1970) ont attiré l'attention. La même remarque peut être formulée à propos de la survenue des troubles psychosexuels : bien que l'étude n'ait porté que sur la moitié des cas de chacun des échantillons envisagés, ses conclusions sont éloquentes puisque les deux tiers

des sujets alcooliques accusent une impuissance — que celle-ci soit totale, avec absence d'érection, ou accidentelle comme on peut la décrire chez les « inquiets sexuels » — contre un tiers seulement des sujets témoins (différence significative à .01), constatation qui rejoint celle de Mutrux (1972).

Au total, on doit convenir qu'il est peu de fonctions que l'alcoolisme épargne et cette constatation s'impose avec plus d'évidence encore lorsque l'on entreprend de comparer ce tableau des troubles subjectifs avec ceux qui avaient pu être dressés au cours d'études analogues chez les hypocondriaques (Timsit, Dugardin *et al.*, 1973) et chez les céphalalgiques (Urbain et Timsit, 1972) : l'abondance des plaintes est nettement plus grande chez les alcooliques et leur registre plus étendu au point que l'on peut se demander si, comme l'avait déjà noté Fouquet (1971), ces symptômes ne tendent pas à camoufler la toxicomanie par un « effet de masque ».

Il semblerait logique, à première vue, d'ajouter à cette longue énumération de données qui prétendent exprimer le « point de vue du malade », celles qui ont trait à l'angoisse et à la dépression. En fait, bien que de tels états se réfèrent fondamentalement au « vécu », leur évaluation chiffrée dans le système de codage passe par la nécessaire médiation de l'appréciation du clinicien. Aussi les envisagerons-nous dans la rubrique suivante.

III. L'évaluation clinique.

La lecture des histogrammes insérés dans les figures 5 et 6 donne la mesure — sur un mode bien schématique, il est vrai — du « point de vue du médecin », point de vue dont nous avons bien conscience qu'il est entaché de subjectivité. Comment en serait-il autrement, puisqu'une telle évaluation, quelle qu'elle ait pu être la formation antérieure du clinicien, se fonde sur des données qui ne peuvent être recueillies que sur la base de l'établissement d'une relation « médecin-malade » impliquant un jeu transférentiel et contre-transférentiel complexe dont ne sont certes pas absents les phénomènes de rejet ? L'intensité et la fréquence des plaintes développées par les sujets alcooliques ne sont assurément pas étrangères à ce processus et il n'est pas interdit de se demander si ce n'est pas de la sorte que, comme le souligne Bergler (1963), « l'alcoolique provoque inconsciemment un refus d'autrui... et se délecte dans une auto-punition masochique ».

De fait, l'agressivité ouverte, donc dirigée contre autrui, ne paraît pas plus importante chez les sujets du groupe I que chez les témoins, puisqu'on ne relève au niveau de cette variable aucune différence significative (fig. 6). « Il ne dit jamais non sauf quand il a bu », rappelait

Evaluation clinique (1)

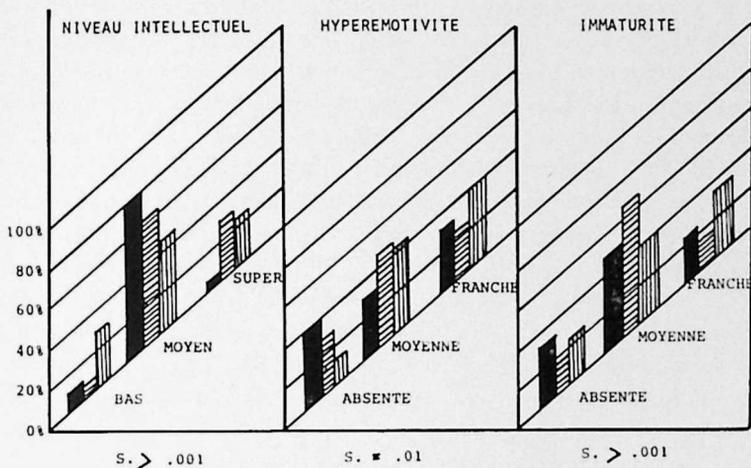


FIG. 5.

Evaluation clinique (2)

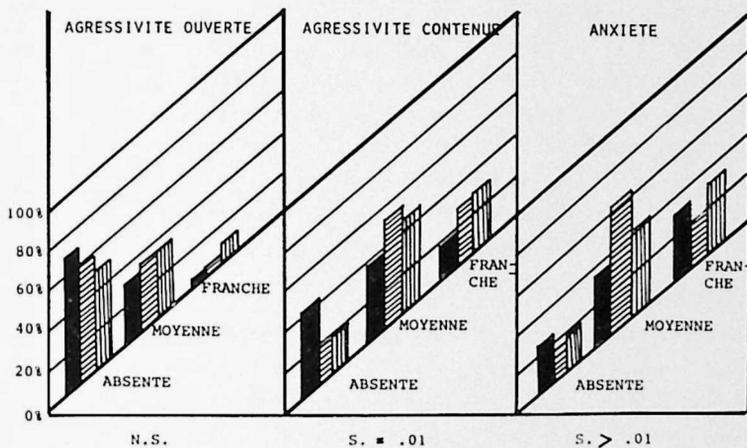


FIG. 6.

le conjoint d'un patient. Il convient de souligner, en effet, que l'évaluation est effectuée alors que les sujets sont traités, à jeun, en institution. L'agressivité contenue ne paraît pas davantage marquée chez les alcooliques, et si, au niveau de cette variable, on enregistre une corrélation significative ($\alpha .01$), on peut l'interpréter comme l'expression de la propension des alcooliques à ne pas se faire remarquer par un recours quelconque à cette contention : c'est le cas de 42 % d'entre eux contre 20 % seulement des sujets témoins. En inférer que les alcooliques ne présenteraient pas de comportements agressifs constituerait, nous semble-t-il, une erreur assez grossière procédant d'une surestimation de notre système de collecte de données. Il est très vraisemblable qu'un processus de *clivage* doit être ici incriminé, ainsi que le souligne Kernberg (1967) : le « Moi » de l'alcoolique serait « asyntaxe » en dehors des épisodes où le sujet est amené à boire — et c'est ainsi qu'il apparaît en institution — et « syntaxe » pendant ces épisodes avec comme corollaire l'émergence de sentiments d'omnipotence narcissique, lesquels se confondraient, selon Clavreul (1959), avec le « Moi » Idéal en même temps que, du fait de la levée des inhibitions, ils donneraient lieu à des comportements agressifs.

L'anxiété des sujets alcooliques ne manque pas d'être perçue par le clinicien puisqu'elle est notée, moyenne ou forte, chez les trois quarts d'entre eux, avec une répartition qui reproduit assez fidèlement le profil qui se dessine chez les témoins hospitalisés : il est intéressant de souligner, à cet égard, que si l'on met ici en évidence une différence statistiquement significative ($\alpha .01$), cette différence procède du fait que les courbes de répartition des sujets des groupes I et III se distinguent de celle des sujets du groupe II — les patients non alcooliques traités à titre ambulatoire — courbe marquée par une forte concentration dans la zone moyenne (62 % des sujets).

Les sujets alcooliques diffèrent cependant nettement des témoins hospitalisés (groupe III), lorsque l'on entreprend d'évaluer leur émotivité : 40 % des premiers sont jugés *non émotifs*, alors que 40 % des seconds sont au contraire considérés comme franchement hyperémotifs, tandis que les témoins du groupe II se retrouvent encore, pour la plus grande part, dans la zone moyenne (significatif $\alpha .01$). Une telle constatation n'est pas dépourvue d'intérêt et il nous semble qu'elle intervient comme une sorte d'« objectivation » statistique de la notion d'« psychognosie » qu'a dégagée Fouquet (1971) lorsque cet auteur décrit le détachement régressif et l'indifférence aux événements extérieurs de l'alcoolique, débouchant sur un état où « le patient est vécu et agi plus

qu'il ne vit ou agit », notion qui n'est d'ailleurs pas sans évoquer « la perte du lien essentiel » de Balint (1971).

Les « notes » dépressives se distribuent sur un mode comparable à ce qui vient d'être décrit à propos de l'anxiété : un pourcentage égal de sujets alcooliques et de témoins non alcooliques hospitalisés (groupe III), 65 %, affecte la zone de « dépression de type névrotique », c'est-à-dire d'une dépression de moyenne intensité. De nombreux auteurs ont également relevé l'existence de cette composante chez les alcooliques, notamment par le truchement d'études portant sur la baisse de « l'estime de soi » : ainsi Ansbacher et Ansbacher (1946) qui attribuent l'alcoolisme à un désir de fuir de forts sentiments d'infériorité, Connor (1962) qui obtient un degré beaucoup plus bas d'acceptation de soi chez les alcooliques que chez des non-alcooliques (non névrosés) mais égal à celui de névrosés, Allen (1969) qui retrouve des résultats identiques. Il importe cependant de préciser que pour d'autres auteurs, tel Jellinek (1952), ce serait l'alcoolisme qui entraînerait la baisse de l'estime de soi, cette estime baissant encore au fur et à mesure de l'installation du sujet dans ses habitudes éthyliques. Dans tous les cas il paraît bien établi que l'alcoolique a une perception négative de lui-même.

Il resterait enfin à comprendre la signification d'une corrélation qui se dégage entre l'alcoolisme et le niveau intellectuel tel que celui-ci peut être apprécié par le clinicien, c'est-à-dire d'une façon globale et sommaire : comparativement à leurs témoins, très peu de sujets du groupe I (7 %) sont en effet considérés comme étant doués d'une intelligence supérieure, alors que le niveau d'instruction ne diffère pas de manière significative entre les groupes. Il n'est pas impossible que « l'arrêt des intérêts », observé chez ces patients, soit responsable de cette évaluation négative.

Tels sont les résultats que l'étude statistique, conduite selon les précautions méthodologiques que nous avons mentionnées plus haut, nous a permis de dégager. Lorsqu'on les compare à ceux de l'étude globale entreprise antérieurement, on constate qu'ils recourent très largement ces derniers, à l'exception toutefois d'une corrélation qui n'est plus retrouvée quand on prend le soin d'exclure du groupe des alcooliques, ainsi que des groupes témoins, les patients franchement psychopathes. Cette corrélation portant sur l'*impulsivité*, on serait porté à croire que cette variable serait davantage en rapport avec le mode d'organisation psychopathique de la personnalité.

Discussion

Il n'entrait pas dans notre objectif de tenter de cerner la problématique de l'alcoolique au travers d'une étude phénoménologique ou d'une approche psychodynamique. Rien ne nous permet d'ailleurs d'affirmer qu'il n'existerait qu'un type d'alcoolique. Notre projet se fondait sur l'espoir de voir se dégager, à partir de corrélations statistiques, certains profils qui seraient susceptibles de servir d'assise aux théories qui sont depuis longtemps proposées, dans ce domaine, dans des directions souvent différentes, sinon divergentes. On doit convenir que, à cet égard, les résultats ne paraissent guère répondre à notre attente. S'il est vrai que la population d'alcooliques traités diffère sur de nombreux points des groupes de sujets non alcooliques témoins, rien ne nous autorise à rapporter ces traits divergents à l'existence d'un type de personnalité particulière. Sans doute doit-on cependant souligner que la plupart des indices qui sont ici mis en évidence concordent avec ceux que la littérature avait également fait ressortir et que, envisagée sur un mode très général, la pathologie mentale des alcooliques se situe à un niveau de gravité certaine.

RESUME

Cherchant à dégager d'éventuelles particularités psychopathologiques propres à l'alcoolisme, les auteurs procèdent à l'étude d'un groupe de 55 sujets alcooliques masculins, non psychopathes ni psychotiques, traités en milieu hospitalier au Centre Médico-Social pour alcooliques de Malmédy, comparé à deux groupes témoins de sujets non-alcooliques également masculins, traités pour troubles névrotiques ou psychosomatiques au Département de Psychologie Médicale de l'Université de Liège, le premier comprenant 252 personnes consultant à titre externe, le second 72 patients hospitalisés.

A cet effet, ils recourent à une méthode utilisée depuis plusieurs années dans ce Département et qui consiste en un traitement statistique des informations recueillies à partir des dossiers médicaux, à l'aide des ordinateurs du Centre de Calcul.

Ils constatent que le groupe des sujets alcooliques se distingue de façon significative des deux groupes témoins, et discutent les résultats obtenus en les envisageant successivement : 1^o) au niveau des paramètres fondamentaux et des données objectives : antécédents familiaux plus lourds (psychotiques ou dysgénésiques), incidence plus grande des antécédents personnels psychosomatiques, perturbations plus marquées des relations parentales au cours de l'enfance (hyperprotection maternelle et carence d'autorité paternelle), désorganisation plus importante du milieu familial ; 2^o) à partir du point de vue du malade : expression plus bruyante des plaintes somatiques et des troubles fonctionnels ; 3^o) à partir de l'évaluation du médecin : moindre

émotivité, expression plus faible de l'agressivité (que celle-ci soit ouverte ou contenue).

SAMENVATTING

Het gebruik van ordinateuren in de psychiatrische kliniek: een statistische studie van behandelde alcoholiekers.

Om eventueel aan het alcoholisme eigen, psychopathologische kenmerken na te gaan, hebben de auteurs een groep van 55 mannelijke alcoholiekers bestudeerd, die noch psychopathen noch psychoslijders waren, die behandeld en gehospitaliseerd werden in de « Centre médico social pour alcooliques de Malmédy ». Ze hebben deze personen vergeleken met twee getuigengroepen van mannelijke niet-alcoholiekers, behandeld voor neurotische of psychosomatische aandoeningen, in het « Département de psychologie médicale de l'Université de Liège »: de eerste groep omvatte 252 personen gezien op de raadpleging; de tweede groep 72 gehospitaliseerde patiënten.

Voor de gelegenheid gebruiken de auteurs een sinds jaren in dit « Département » gekende methode, die erin bestaat de in de medische dossiers verzamelde gegevens statistisch te verwerken in de ordinateuren van de « Centre de Calcul ».

De auteurs stellen vast dat de groep alcoholiekers zich betekenisvol onderscheidt van de twee getuigengroepen. Zij beschrijven opeenvolgend de verschillende resultaten: 1^o) op het niveau van de fundamentele parameters en de objectieve gegevens: ernstiger familiale antecedenten (psychosen of dysgenesie), ernstiger psychosomatische incidenten in de eigen antecedenten, duidelijker storingen in de ouder relatie tijdens de ontwikkeling (moederlijke overbescherming, onbestaande vaderfiguur), belangrijker onderontwikkeling van het ouderlijk midden; 2^o) het standpunt van de zieke: nadrukkelijke uitdrukking van de somatische klachten en de functionele stoornissen; 3^o) de geneesheer merkt de stompere emotionaliteit, minder felle veruiterlijking van de agressiviteit (zowel de opendijke als de aanhoudende).

SUMMARY

Computers in clinical psychiatry: statistical analysis of treated alcoholics.

According to their own standardized Patient Data Inventory, the authors proceed to a statistical comparative evaluation of 55 male neurotic or psychosomatic hospitalized alcoholics and of two control groups of non-alcoholic neurotic or psychosomatic male patients: 252 ambulatory and 72 hospitalized. The authors find significant differences between alcoholics and non-alcoholics, especially: 1^o) heavier family history (psychoses, dysgenetic disorders), greater incidence of psychosomatic disorders in the previous history, more disturbed parental relations in childhood (maternal overprotection and lack of paternal authority); 2^o) from the patient viewpoint: a louder expression of somatic and functional complaints; 3^o) from the therapist viewpoint, less emotionality, weaker expression of aggressiveness (either overt or latent).

ZUSAMMENFASSUNG

Einsatz einer EDV-Anlage in der psychiatrischen Klinik: statistische Auswertung der Daten einer Probandengruppe von behandelten Alkoholikern.

Den Verfassern ging es darum, eventuelle, psychopathologische Eigenheiten des Alkoholismus herauszuschälen. Zu diesem Zweck untersuchten sie eine Gruppe von 55 männlichen, nicht psychopathischen und nicht psychotischen Alkoholikern im medizinischen Sozialzentrum für Alkoholiker in Malmédy, im Vergleich mit zwei Probandengruppen von Nichtalkoholikern, die in der Abteilung für medizinische Psychologie der Universität Lüttich wegen neurotischer oder psychotischer Störungen behandelt wurden. Die erste Gruppe umfasste 252 ambulant behandelte Männer, die zweite 72 hospitalisierte Patienten.

Sie wandten eine Methode an, die seit Jahren in dieser Abteilung üblich ist. Sie besteht in der statistischen Auswertung der Daten aus der Krankengeschichte durch das Rechenzentrum.

Die Verfasser stellten fest, dass die Gruppe der Alkoholiker sich in bedeutungsvoller Weise von den beiden anderen Probandengruppen unterscheidet. Die Ergebnisse werden nacheinander nach verschiedenen Gesichtspunkten geprüft: 1) nach den grundlegenden Parametern und den objektiven Gegebenheiten: die belastenden Familienantezedenzen (psychotischer oder dysgenetischer Art), stärkerer Einfluss der persönlichen psychosomatischen Vorgeschichte, betontere Störungen der Kind-Eltern Beziehungen in der Jugend (übertriebenes Schutzverhalten der Mutter, mangelnde väterliche Autorität), grössere Zerfallserscheinungen in der Familie; 2) aus der Sicht des Patienten: lärmendere Äusserung der körperlichen Beschwerden und der funktionellen Störungen; 3) aus der Sicht des Arztes: verminderte Gemütsregungen, schwächerer Ausdruck der offenen oder verhaltenen Aggressivität.

RIASSUNTO

Uso degli ordinatori in clinica psichiatrica: studio statistico di una popolazione d'alcoolizzati sottoposti a trattamento.

Nel tentativo di far emergere eventuali particolarità psicopatologiche specifiche dell'alcoolismo, gli autori hanno intrapreso lo studio di un gruppo di 55 soggetti alcoolisti maschi, non psicopatici né psicotici, trattati in ambiente ospedaliero presso il Centro Medico-Sociale per alcoolisti di Malmédy, confrontandolo con due gruppi di maschi non alcoolisti, seguiti per disturbi nevrotici o psicosomatici presso il Dipartimento di Psicologia Medica dell'Università di Liegi, il primo composto da 252 individui ambulatoriali, il secondo da 72 pazienti ospedalizzati.

Utilizzano quindi a tale scopo una metodica da anni in uso in questo Dipartimento consistente in un'elaborazione statistica delle informazioni raccolte dalle cartelle cliniche mediante ordinatori del Centro di Calcolo.

Hanno potuto constatare che il gruppo di soggetti alcoolisti si differenzia significativamente dagli altri due gruppi campione ; discutono quindi i risultati ottenuti raccogliendoli nel seguente modo : 1°) a livello dei parametri fondamentali e dei dati oggettivi : precedenti familiari vistosi (psicotici o disgenetici), incidenza prevalente degli antecedenti psicosomatici personali, disturbi più evidenti delle relazioni parentali durante l'infanzia (iperprotezione materna e carenza di autorità paterna), disorganizzazione seria del nucleo familiare ; 2°) « dal punto di vista del malato » : manifestazione più marcata dei disturbi somatici e dei disturbi funzionali ; 3°) a seconda della valutazione del medico : minor emotività, espressione più debole dell'aggressività (tanto quella evidente che quella contenuta).

RESUMEN

El empleo de ordinadores en la clínica psiquiátrica : estudio estadístico de una población de alcohólicos tratados.

Con el fin de subrallar las particularidades eventuales psicopatológicas propias al alcoholismo, los autores preceden al estudio de un grupo de 55 sujetos alcohólicos masculinos, que no son ni psicóticos ni psicopatas, tratados en medio hospitalario en el Centro Medico-Social para alcohólicos de Malmedy. Este grupo ha sido comparado a dos grupos testigo de sujetos no alcohólicos igualmente del sexo masculino, tratados por trastornos neuróticos o psicosomáticos en el Departamento de Psicología Médica de la Universidad de Lieja, el primero comprende 252 personas, consultantes externos, el segundo 72 pacientes hospitalizados.

Para este estudio, los autores recurren a un método utilizado desde hace varios años en el Departamento, y que consiste en un tratamiento estadístico de las informaciones recogidas a partir de los expedientes médicos con la ayuda de los ordinadores del Centro del Cálculo.

Constatan que el grupo de sujetos alcohólicos se distingue de manera significativa del los dos otros grupos testigos y discuten los resultados obtenidos en los que consideran sucesivamente : 1°) en el nivel de parámetros fundamentales y de datos objetivos : antecedentes familiares mas pesados (psicóticos o disgenéticos), incidencia mas grande de los antecedentes psicosomáticos personales, perturbaciones mas marcadas en las relaciones parentales en el curso de la infancia (hiperprotección materna y carencia de autoridad paterna), desorganización mas importante del medio familiar ; 2°) a partir del « punto de vista del enfermo » : expresión mas marcada de las quejas somáticas y de los trastornos funcionales ; 3°) a partir de la evaluación del médico : menor emotividad, expresión de la agresividad mas débil (aunque ésta sea a bierta o continua).

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN L.R. Self-esteem of male alcoholics. *The psychological Record*, 1969, 19, 381-389.
- ANSBACHER H., ANSBACHER R. *The individual psychology of Alfred Adler*. New York, Basic Book, 1946.
- BALINT M. *Le défaut fondamental*. Paris, Payot, 1971, 270 pages.

- BERGLER Ed. *La névrose de base*. Paris, Payot, 1963, 359 pages.
- BINOT E. Thérapie de groupes pour toxicomanes : bilan de quatre années d'expérience. *Toxicomanies (Québec)*, 1972, 5, 31-46.
- CLAVREUL J. La parole de l'alcoolique. *Psychanalyse*, 1959, 5, 257-280.
- CONNOR R.G. The self-concepts of alcoholics. In : Pittman D.J., Snyder C.R. *Society, culture and drinking patterns*. New York, Wiley, 1962, pp. 455-467.
- DONGIER M., TIMSIT M., MELON J., DONGIER S. L'informatique dans l'enseignement et la recherche psychiatrique. Quelques exemples d'application. *Ann. méd.-psychol.*, 1971, 129, 99-107.
- FOUQUET P. Aspects psychiatriques des alcoolopathes. *Inform. psychiat.*, 1970, 47, 49-54.
- FOUQUET P. Aspects psychiques de la prédisposition à l'alcoolisme et facteurs sociaux, économiques, familiaux de l'alcoolisme. *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies (Québec)*, 1971, 7, 16-20.
- HORN J., WANBERG K.W. Dimensions of perception of background and current situation of alcoholics patients. *Quart. J. Stud. Alcohol*, 1970, 31, 633-658.
- JELLINEK E.M. Phases of alcohol addiction. *Quart. J. Stud. Alcohol*, 1952, 13, 673-684.
- JELLINEK E.M. *The disease concept of alcoholism*. New Haven, Conn., Hillhouse Press, 1960.
- KERNBERG O. Borderline personality organization. *J. Amer. psychoanal. Ass.*, 1967, 15, 641-685.
- LANGE G., ASCHER J., TAINE D., LASSELIN M., FONTAN M. Personnalités d'alcooliques ou personnalité alcoolique. *Lille méd.*, 1970, 15, 860-866.
- MCCORD W., McCORD J. *Origins of alcoholism*. London, Tavistock, 1960, 193 pages.
- MELON J., TIMSIT M. Etudes statistiques sur la psychopathologie des immigrés. *Acta psychiat. belg.*, 1971, 71, 98-120.
- MOWRER H.R. A psychocultural analysis of the alcoholic. *Amer. Soc. Rev.*, 1940, 5, 546-557.
- MUTRUX S. Pathologie sexuelle de l'alcoolisme mental chronique masculin. *Confrontations psychiatriques*, 1972, 8, 101-123.
- PELLET J., COTTRAUX J. Alcoolisme et structure psychotique. *Confrontations psychiatriques*, 1972, 8, 21-64.
- TIMSIT M., DUGARDIN J.C., ADAM A., SABATIER J. La névrose hypocondriaque a-t-elle droit de cité ? *Acta psychiat. belg.*, 1973, 73, 458-483.
- TIMSIT M., SABATIER J. L'emploi des ordinateurs en clinique psychiatrique. *Acta psychiat. belg.*, 1973, 73, 272-301.
- URBAIN E., TIMSIT M. Les céphalées psychosomatiques. Approche statistique. *Les Feuilles psychiatriques de Liège*, 1972, 5, 297-305.
- WINOKUR G., REICH T., RIMMER J., PITTS F.N. Alcoholism. III. Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands. *Arch. gen. Psychiat.*, 1970, 23, 104-111.

Discussion

M. D. LENGELÉ (Bruxelles). — Bien qu'il ne s'agisse peut-être que d'un détail, je voudrais poser une question concernant la polarité de l'agressivité et vous demander dans quelle mesure vous avez tenu compte de l'auto-agressivité ?

M. M. DEGOSELY. — Dans notre population, l'autolyse que l'on a retenue n'est pas significative, alors qu'elle l'a été dans d'autres études. Notre résultat, négatif à ce sujet, rencontre les données publiées par Mac Cord qui ne croit non plus pouvoir retenir l'alcoolisme à l'origine des suicides. Par ailleurs, la comparaison avec les données de la littérature se heurte à de grosses difficultés du fait que les groupes que l'on tente de comparer apparaissent comme étant très disparates. Dans notre groupe en tout cas, la fréquence des suicides n'est pas statistiquement significative, les cas observés rentrant avec plus de probabilité dans le cadre d'une simple agressivité.

M. F. GOFFIOUL (Liège). — J'ai évidemment été fort intéressé par la communication de M. Degossely et de ses collaborateurs, mais aussi un peu déçu en raison de la structure même de l'échantillon étudié. Celui-ci est constitué en éliminant les psychopathes. Il n'est dès lors pas étonnant que les sujets restants soient beaucoup moins agressifs, qu'ils ne se montrent plus impulsifs et qu'ils ne présentent plus que très peu de problèmes d'adaptation sociale. Ce qui est d'autre part surprenant, c'est le phénomène de l'enfant unique, ce que notre expérience ne nous a pas montré et qui n'est pas non plus signalé dans d'autres études du même genre. Les critères enfin sur lesquels on s'est appuyé pour décider d'une hospitalisation en milieu psychiatrique mériteraient d'être précisés, sans compter qu'ils peuvent au surplus être assez fluctuants et qu'en conséquence le pourcentage d'alcooliques faisant l'objet d'une mesure de collocation, par exemple, pourrait varier en fonction d'incidences temporelles ou locales. La possibilité de prise en charge par un service ouvert et très libéral ferait automatiquement baisser dans une même population d'alcooliques la proportion de collocations ou d'antécédents psychiatriques.

Une chose qui m'a frappée aussi, c'est l'apparente diminution d'émotivité de vos sujets. Entendez-vous par là émotivité de façon générale ? Le phénomène de sensiblerie bien souvent acquis au cours d'une imprégnation alcoolique de longue durée n'est-il pas prédominant, et dans ce cas comment différenciez-vous émotivité de base et sensiblerie acquise ?

M. M. DEGOSSÉLY. — En ce qui concerne l'émotivité, c'est évidemment une cotation relativement grossière puisque c'est une appréciation médicale et que l'on n'a pas fait passer des échelles d'émotivité et M. Timsit pourrait d'ailleurs vous donner sur quelques points de plus amples détails ; il s'agit donc d'une impression globale. Alors savoir si dans ces conditions la sensiblerie alcoolique rentre dans le cadre de l'émotivité davantage que l'émotivité d'un groupe de névrosés ? Il s'agit ici d'une constatation statistique pour laquelle on ne peut pas donner une réponse immédiate, mais qui pose une question. Ce qu'il ne faut de toute façon jamais perdre de vue, c'est que notre groupe d'alcooliques n'a pas été comparé à un groupe de sujets réputés normaux.

M. F. GOFFIOUL (Liège). — Il s'agit de l'incidence, dans les thérapies de groupes, d'une sensiblerie particulière.

M. M. DEGOSSÉLY. — Je dois dire que dans les groupes d'alcooliques que nous avons formés, c'est beaucoup plus l'inhibition qui a joué que la sensiblerie : nous avons toujours eu l'impression qu'il fallait débloquer ces malades.

Par ailleurs, vous avez insisté, avec raison, sur le type de recrutement que nous avons opéré à Malmédy. Il ne s'agit en l'occurrence évidemment pas d'un grand centre où viennent principalement des patients susceptibles de devoir être colloqués. En raison de notre orientation psychothérapique, et plus particulièrement psychothérapique de groupe, je ne dis pas que les alcooliques y

viennent librement, mais on leur donne le temps de se décider avant de venir. Par exemple à l'occasion d'une visite on leur dit : « Quand vous serez décidé, vous viendrez ». Dès lors, ils peuvent parfois attendre six mois, un an ou davantage avant de revenir ; mais s'ils ne sont pas d'accord avec nos méthodes de traitement, on ne les retient pas et on les laisse repartir. Vous avez donc parfaitement raison quand vous dites que nous avons travaillé sur un groupe particulier dont nous avions au surplus éliminé les psychopathes ; mais je pense que malgré tout notre population particulière n'en demeure pas moins intéressante puisque nous avons pu la comparer avec un groupe témoin de sujets non alcooliques.

M. S. CRAHAY (Bruxelles). — Vous avez évoqué le problème d'une élévation relative du nombre de troubles psychosomatiques. Je voudrais dès lors vous poser quelques questions à ce sujet, car une étude qui vient d'être publiée a été faite à l'Hôpital Brugmann sur la population d'alcooliques qui s'est présentée durant un an en hospitalisation. Il est apparu qu'effectivement, par rapport à une population générale d'admissions, il y a chez ces malades un pourcentage plus élevé, mais pour une seule maladie psychosomatique : l'ulcère gastrique. Est-ce ce que vous avez retrouvé ?

M. M. DEGOSELY. — Nous avons fait également la même constatation.

M. S. CRAHAY (Bruxelles). — Dès lors, il est peut-être regrettable que vous n'ayez pas pu étudier une population de femmes, car il semble bien que celles-ci gardent leur protection à l'égard de l'ulcère gastrique, même quand elles sont alcooliques, et alors je vous aurais soumis une question que nous nous sommes posée à Brugmann : pourquoi y a-t-il cette différence, apparemment liée au sexe, et comment interpréter cette différence qui ne paraît pas liée à l'alcoolisme ni aux séquelles somatiques de l'alcoolisme ?

M. M. DEGOSELY. — Je ne pourrais vous répondre, notre groupe ne comportant qu'un nombre trop limité de sujets de sexe féminin.

M. M. TIMSIT. — Bien que j'aie été amené à m'intéresser à certaines recherches concernant le Rorschach des alcooliques, je peux dire que je ne suis pas particulièrement spécialisé dans l'étude de cette catégorie de malades. Je voudrais cependant avancer à titre d'hypothèse que le problème se pose peut-être différemment pour l'alcoolisme masculin et pour l'alcoolisme féminin, ce dernier étant beaucoup plus névrotique et entraînant dès lors un remaniement plus profond de la personnalité. Si l'on veut essayer d'expliquer les différences qui sont relevées à propos de l'incidence de l'ulcère gastro-duodénal chez l'homme et chez la femme, l'on peut se référer aux données cliniques, notamment celles qui ont été apportées par l'Ecole française (Marty, Fain, De M'uzan) et qui stipulent que la problématique de l'ulcéreux résiderait en quelque sorte dans une lutte contre des tendances réceptives-passives. Ce que l'on pourrait dire, dans ces conditions, c'est que, dans notre culture, la femme acceptant plus volontiers ces tendances, il n'y aurait pas de raison

de voir se développer chez elle ce type de maladie psychosomatique. C'est une hypothèse.

Je voudrais dire, d'autre part, au sujet de la méthode que nous avons utilisée, qu'elle se fonde sur un traitement des dossiers médicaux que nous appliquons dans le Département de Psychologie Médicale depuis 1967, à l'initiative de M. Dongier. Cette technique est relativement grossière, mais cet inconvénient est compensé, en quelque sorte, par la possibilité de recourir à des études comparées, chose relativement rare en matière d'alcoolisme. Les données que nous apportons doivent être considérées uniquement du point de vue de la préparation à un travail ultérieur. Ce qui nous a paru intéressant, c'est de retrouver dans notre population les relations que d'autres auteurs avaient déjà signalées. C'est uniquement dans cette perspective que nous présentons ces résultats.

À propos de la méthode, il est également bon de préciser que l'on aurait pu nous reprocher de comparer des malades ambulatoires à des malades soignés en institution. Précaution élémentaire, nous avons distingué parmi les témoins non-alcooliques ceux qui étaient traités à titre ambulatoire et ceux qui étaient hospitalisés. Il nous est également apparu qu'il était nécessaire, dans notre petit groupe, d'éliminer les psychopathes parce qu'il semble qu'on accorde à l'alcoolisme des traits qui ne procèdent peut-être que des organisations de personnalité sous-jacentes, organisations dont la plupart des auteurs s'accordent pour dire qu'elles sont assez diversifiées. Cette question des « structures » est particulièrement délicate. Il n'est pas interdit de penser que la gravité des indices relevés dans cette étude renvoie à une organisation relativement archaïque se situant en deçà des organisations névrotiques plus développées et centrées sur une problématique oedipienne. Les études de Rorschach d'alcooliques effectuées par J. Snakkers (1972) et par A. Close (1973) ont permis de retrouver des « patterns » à peu près identiques à ceux que l'on décrit dans certaines formes d'états limites, les formes « psychotic border » notamment, et dont la production est remarquable par sa pauvreté. Certains auteurs ont aussi avancé cette hypothèse. Quoi qu'il en soit, nous croyons que cette étude statistique, en indiquant des traits qui différencieraient, fût-ce de manière très grossière, cet ensemble relativement modeste de sujets alcooliques de sujets névrotiques non-alcooliques, peut servir d'assise à des études cliniques plus fines et plus différenciées.

M. L. d'HOLLANDER (Louvain). — Quand on voit ces résultats, il y a tout de même un problème qui se pose : c'est celui de savoir si les symptômes observés sont dus à l'alcoolisme ou bien s'ils préexistaient, auquel cas ils pourraient au contraire être la cause de l'alcoolisme ?

M. M. DEGOSSELY. — Il semble, comme l'a signalé M. Crahay, que les plaintes concernant l'ulcère gastrique peuvent se manifester plusieurs années avant le début de l'alcoolisme, mais on manque encore à l'heure actuelle d'études longitudinales permettant de fournir sur ce sujet une réponse rigoureuse.

M. M. SMITS (Anvers). — Je voudrais poser deux questions. La première : lorsque vous dites qu'il y a 40 % d'enfants uniques chez les buveurs, quel en est le pourcentage dans une population normale. La seconde : lorsque vous donnez des chiffres, est-ce en comparaison avec le premier groupe, avec le second groupe ou avec les deux groupes pris ensemble ?

M. M. TIMSIT. — Nous avons fait un diagramme général de la répartition des places occupées dans la fratrie de l'ensemble des sujets consultant en Psychologie Médicale et dont les dossiers ont pu être mis sur fiche, et nous observons une répartition par « quarts » : un quart d'ainés, un quart d'intermédiaires, un quart de derniers, un quart d'uniques. Je crois que cela correspond à peu près à la proportion rencontrée dans la population normale. On pouvait donc conclure, sur la base de notre échantillon, que les alcooliques étaient plus volontiers des fils uniques, et les névrosés hospitalisés (et non-alcooliques) plus volontiers des derniers. C'est évidemment un résultat qui prête à discussion.

M.F. GOFFIOUL (Liège). — En ce qui concerne le Rorschach, la relation thérapeutique est-elle caractérisée par une grande pauvreté dans l'expression contrastant avec la volubilité d'un certain nombre d'alcooliques ? D'autre part, entre la relation duelle entre psychothérapeute et alcoolique et les relations dans les thérapies de groupe n'y a-t-il pas une grande différence, la volubilité des alcooliques étant récupérée dans les réactions de groupe ? Enfin, à partir du moment où la sélection a été sévère, si étroite dans une zone névrotique, voyez-vous encore beaucoup de différences entre alcooliques hommes et femmes ?

M. M. DEGOSSELY. — Je crois que vous avez raison en ce qui concerne la différence de comportement d'alcooliques face à face ou en groupe : en groupe, la volubilité n'existe pratiquement pas alors qu'en face à face, bien qu'il n'y ait pas de statistique à ce propos, elle est fréquente. En ce qui concerne les différences entre les hommes et les femmes, il nous est malaisé de répondre, car nos groupes ne comportent proportionnellement que très peu de femmes ! Certes il y a des différences ; mais en raison de la pauvreté de notre échantillon, la comparaison est difficile. Comme l'a dit M. Timsit, la façon de la femme de devenir alcoolique est beaucoup plus typée dans notre expérience et cela rejoint des données de la littérature qui montrent que chez les hommes les voies pour arriver au même résultat final sont plus diverses et plus nombreuses.

En ce qui concerne le Rorschach, M. Timsit pourrait peut-être vous répondre directement.

M. M. TIMSIT. — On pourrait dire qu'un même phénomène est exprimé, ou plutôt révélé, de deux manières différentes mais complémentaires. Le Rorschach explore un champ relativement profond de la personnalité, tandis que l'approche clinique qui a servi de base au codage des observations dans le cas présent est relativement plus superficielle. Il n'est donc pas exclu que certains types d'organisations — de désorganisation serait-il plus juste de

dire — se traduisent en même temps par un appauvrissement de la production au niveau du test projectif et une volubilité au niveau du comportement verbal.

M. TIMSIT

Département de Psychologie Médicale
et de Médecine Psychosomatique
Boulevard de la Constitution 153
B-4000 Liège (Belgique)

J. SABATIER

Service des Applications médicales
C.C.T.I.
Boulevard de la Constitution 61
B-4000 Liège (Belgique)

E. BINOT, M. DEGOSELY, P. MEES

Centre médico-social pour alcooliques et toxicomanes
Clinique Reine Astrid
B-4840 Malmédy (Belgique)
