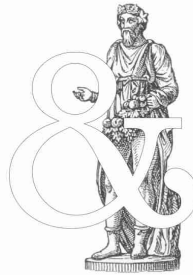


Mary DELORT & Hervé ESTIVAL
DIPLOMÉS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Alcool



Sexualité



Éditions CERP

ISBN : 978-2-9533324-2-1

Dépôt légal : 4ème trimestre 2008.

© 2004, 2008, Éditions CERP.

Tous droits réservés pour tous pays.

AVANT-PROPOS

*« Plus fortes que l'alcool, plus vastes que nos lyres,
« Fermentent les rousseurs amères de l'amour. »
(Arthur Rimbaud)*

Avant d'aborder les problèmes de la sexualité et de la fonction érotique de l'homme et de la femme alcooliques, il paraît nécessaire de préciser ce que l'on entend par alcoolisme.

Il n'existe pas de définition unique de l'alcoolisme puisque ce terme recouvre un ensemble de conduites pathologiques complexes dont les expressions cliniques sont multiples et hétérogènes et l'étiopathogénie « bio-psychosociale » multifactorielle. A partir de leurs traits communs, on peut tenter de définir l'alcoolisme comme l'usage excessif de boissons alcoolisées, nocif pour la santé physique, sociale ou mentale du sujet, associé ou non à une alcoolo-dépendance psychologique et physique.

Les définitions de l'alcoolisme peuvent être distinguées selon le schéma suivant : définitions quantitatives essayant de délimiter un seuil de consommation, définitions globales ou partielles insistant sur le retentissement médical, psychique ou social de la consommation d'alcool et enfin définition d'une part de l'abus d'alcool (ou usage nocif) et d'autre part du syndrome d'alcoolo-dépendance, reflétant une approche unitaire de l'ensemble des pathologies addictives.

Il est difficile et critiquable de fixer une limite acceptable à l'alcoolisation quotidienne, dont le franchissement pourrait affirmer l'existence d'un alcoolisme ou tout au moins d'un usage abusif. De nombreux auteurs ont tenté de déterminer un « seuil de risque » au-delà duquel la consommation de boissons alcoolisées serait dangereuse et de ce fait considérée comme pathologique. Mais ce seuil ne tient pas compte des facteurs individuels de tolérance et de susceptibilité somatiques et psychiques aux effets nocifs de l'alcool.

Cette vulnérabilité détermine un seuil de risque individuel difficilement quantifiable, tant pour l'apparition de complications métaboliques ou viscérales que pour la survenue de l'alcoolo-dépendance.

Les multiples définitions globales de l'alcoolisme, selon la conception étiopathogénique ou clinique retenue, privilégient l'une ou l'autre de ses expressions comportementales. Magnus Huss, inventeur du mot vers 1850, y voyait les « troubles dus à l'alcool ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1950, s'appuyait sur les aspects socioculturels : « On peut appeler alcoolisme toute absorption d'alcool qui excède la consommation alimentaire traditionnelle et courante ou qui dépasse le cadre des habitudes sociales propres à l'ensemble de la collectivité considérée ». Pour E. M. Jellinek (1960), « est alcoolique tout individu dont la consommation de boissons alcoolisées peut nuire à lui-même, à la société ou aux deux ». P. Fouquet (1951) considère l'alcoolisme sous l'angle de la dépendance, comme la « perte de la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool ».

Actuellement, un modèle bidimensionnel distingue l'abus ou l'usage nocif d'alcool de l'alcoolodépendance. Ce modèle est celui adopté par les classifications internationales (D.S.M. IV, classification nord-américaine des troubles mentaux, en 1994, et C.I.M. 10, classification internationale des maladies de l'O.M.S., en 1992). Les critères étant communs à toutes les substances psychoactives, l'alcoolisme se retrouve donc au rang des autres toxicomanies.

Les modalités de la relation d'un sujet à l'alcool sont en perpétuelle évolution. Selon le schéma proposé par K. W. Van Dijk, à tous les stades de l'alcoolisation (premier contact, premières expériences, usage social intégré, usage excessif, dépendance), il est toujours possible de voir apparaître un arrêt, une stabilisation, un retour à une forme d'alcoolisation antérieure, une évolution vers une forme plus pathologique. Ainsi, toute définition ne pourra rendre compte que d'une situation à un moment donné.

Pour situer l'importance du problème, disons simplement qu'on admet généralement que la France, premier consommateur du monde, compte aujourd'hui 4 à 5 millions d'alcooliques avérés parmi 12 millions d'intempérants et 36 millions de consommateurs réguliers, c'est à dire que 10 à 15 millions de personnes vivent dans l'ombre d'un malade alcoolique.

Après une étude des dysfonctions sexuelles de l'homme et de la femme alcooliques, on essaiera de cerner leur personnalité, avant d'aborder la question de la relation de couple et de la place du sexothérapeute par rapport à la maladie.

CHAPITRE I

L'HOMME ALCOOLIQUE

1/ L'ALCOOLISME MASCULIN

*« L'amour c'est comme l'alcool,
« plus on est impuissant et saoul et plus on se croit fort et malin. »
(Louis-Ferdinand Céline)*

La fonction érotique de l'homme peut paraître plus affectée que celle de la femme lorsqu'il est confronté à l'alcoolisme. Ses capacités érectiles sont la plupart du temps grandement diminuées – allant même jusqu'à l'incapacité totale d'avoir une érection – mais ces dysfonctions ne sont pas les seules à étudier. Même après l'arrêt de consommation d'alcool, le caractère irréversible de ces difficultés est souvent observé.

De tout temps, on a cru aux effets aphrodisiaques de l'alcool comme facilitateur sexuel. Cette idée a traversé les siècles et les civilisations qui l'ont enrichie de leurs propres valeurs et croyances. Dans la mythologie grecque, on peut citer les festivités dionysiaques ou l'épisode de l'outrage que firent subir les Centaures ivres aux femmes lapithes. Chez les Latins, lors des bacchanales, on consacrait dans l'ivresse la reconnaissance envers Bacchus, dieu de la fertilité, de la débauche et du vin. Dans l'histoire chrétienne, Jésus opère le miracle de la transformation de l'eau en vin lors des noces de Cana ; quant aux filles de Loth, elles peuvent commettre l'inceste grâce à l'alcool et ainsi perpétuer la race.



Véronèse, *Les noces de Cana*

Aujourd'hui encore, alcool et sexualité sont intimement liés. L'expression « prendre un dernier verre » n'est-elle pas d'ailleurs perçue comme une invite à un rapport sexuel ?

On a souvent tenté d'expliquer cet effet facilitateur de l'alcool sur la fonction sexuelle par la théorie de la désinhibition, basée sur les effets pharmacologiques de l'éthanol. L'alcool, substance psychotrope, a un effet dépresseur sur le système nerveux central. La désinhibition serait le résultat de la levée par l'alcool des fonctions corticales inhibitrices assurées par la formation réticulée. L'alcool pourrait en outre stimuler la libération d'endorphines avec une action sur les centres du plaisir et de la douleur au niveau limbique. Il s'ensuit une réduction de l'angoisse, une atténuation des sentiments de culpabilité, une impression de stimulation du désir sexuel avec une exaltation de l'imaginaire érotique.

En fait, le lien entre alcool et désinhibition du comportement sexuel est plutôt de l'ordre d'une croyance culturelle que d'une action pharmacologique. De nombreuses expérimentations américaines ont permis d'apporter des précisions sur la nature de ce lien. Elles utilisent pour la plupart un dispositif expérimental en placebo équilibré (*the balanced placebo design*), permettant un examen séparé et interactif des effets psychologiques et pharmacologiques de l'alcool sur les comportements sexuels. Des sujets volontaires sains sont soumis à des stimuli érotiques (projection de films) après avoir consommé une boisson. La moitié des sujets reçoit une boisson alcoolisée et l'autre moitié une boisson sans alcool. La moitié de chacun des deux groupes est induite à croire que sa boisson contient de l'alcool et l'autre moitié que sa boisson n'en contient pas. On a donc quatre catégories de sujets :

- le sujet attend de l'alcool et en reçoit (condition active),
- le sujet attend de l'alcool et n'en reçoit pas (condition placebo),
- le sujet n'attend pas d'alcool mais en reçoit (condition anti-placebo),
- le sujet n'attend pas d'alcool et n'en reçoit pas (condition contrôle).

L'excitation sexuelle est mesurée par une auto-évaluation des indicateurs comportementaux et par des mesures physiologiques (érectométrie par exemple). Les résultats de ces différentes études sont concordants et vont à l'encontre des idées reçues. On observe une diminution linéaire de l'excitation sexuelle physiologique inversement proportionnelle à l'élévation de l'alcoolémie. Mais à une dose faible ou modérée, pour une alcoolémie inférieure à 0,5 g/l, G. T. Wilson et D. M. Lawson (1976) mettent en évidence un effet d'attente. Les hommes qui

croient avoir consommé de l'alcool ont une augmentation de leur excitation sexuelle tant subjective qu'objective, par rapport à ceux qui croient avoir consommé seulement un soda, quel que soit le contenu réel de leur boisson.

Cet effet d'attente est particulièrement marqué quand les stimuli sont déviants (récits de viols, d'agressions sexuelles) selon D. W. Bridell et al. (1978, d'après C. Davidson et al., 1989), et chez les hommes ayant une grande culpabilité sexuelle d'après une étude de D. J. Lanski et G. T. Wilson (1981, d'après J. F. Paul, 1996). G. T. Wilson et J. L. Adler (1985) ont compliqué le dispositif expérimental en faisant exécuter aux sujets testés une tâche demandant une attention soit faible, soit soutenue. À de hauts niveaux de distraction cognitive, les sujets rapportent moins d'excitation sexuelle lors de la consommation d'alcool.

Les auteurs concluent que l'effet d'attente lié à l'alcool n'aurait lieu que pour les sujets présentant peu de distractions cognitives, alors qu'il serait absent pour les sujets ayant des distractions cognitives importantes telles que l'anxiété de performance, la culpabilité, les problèmes professionnels, financiers ou familiaux.

Ces différentes études ont mis en évidence que l'augmentation de l'excitation sexuelle lors de la prise modérée d'alcool est due à la seule force de l'attente, aux convictions sur les effets de la substance qu'ils croient avoir consommée. Il s'agit donc d'un véritable apprentissage social, l'individu apprenant le comportement approprié à adopter après une prise d'alcool, la désinhibition attendue (et donc obtenue) renforçant la croyance et donc l'effet.



Le bassin de Bacchus (Versailles)

2/ RELATION AVEC LA FEMME

« L'homme croit qu'il choisit la femme,
« C'est la femme qui choisit l'homme qui la choisira. »
(Henry Bataille)

A/ La dépendance

Vis-à-vis de l'alcool, il y a dépendance chaque fois que l'absence du produit déclenche des troubles que l'ingestion d'alcool supprime.

P. Noiville (1982) évoque l'alcoolique à travers sa relation à sa femme ; il met en évidence que « la femme occupe une place prépondérante dans le discours, la vie et bien sûr l'alcoolisme de nos patients. Bien souvent notre homme ne parle que d'elle : c'est à cause d'elle qu'il boit, mais c'est pour elle qu'il veut devenir abstinent ; tour à tour et simultanément "sainte" et "putain", il s'ingénie à faire d'elle le *Deus ex machina* de son tragique destin ». Pour lui, elle est le personnage omnipotent dont tout dépend. La dépendance est en effet le mot-clé de cette relation particulière. Il ne peut se passer d'elle. Si une séparation survient, elle est synonyme de catastrophe et provoque une véritable angoisse d'anéantissement. « C'est à une véritable relation anaclitique que renvoie ce type de dépendance. L'objet est ressenti comme un soutien d'importance vitale. (...) Ce que représente à l'évidence la femme pour l'alcoolique, c'est la mère. (...) Avec elle, l'alcoolique tente de reconstituer une relation idéalisée avec sa propre mère » (*ibid.*). A travers la femme, il veut retrouver le soutien gratifiant de sa mère, elle est investie en tant qu'objet partiel, fonctionnel ; il s'attache à l'autre lui-même dans une « relation objectale narcissique » comme nous l'avons vu précédemment.

D'après J. Ferrandi et M. Gayda (1987), l'alcoolique a besoin d'un substitut de mère possessive « phallique », réunissant dans la même personne les composantes masculine et féminine du caractère. Une femme capable de lui donner le Surmoi qu'il n'a pas. Les mêmes auteurs rapportent que le test de Rorschach chez les alcooliques confirme la prégnance de la représentation phallique et agressive de l'image féminine.

B/ La femme investie comme fonction

L'alcoolique a un désir de possession brutal, inconditionnel de l'objet. Balint décrit dans « Le Défaut fondamental » une relation « dans laquelle un seul des partenaires compte ; ses désirs et ses besoins sont les seuls qui importent et doivent retenir l'attention ; l'autre partenaire, bien que ressenti comme extrêmement puissant ne compte que dans la mesure où il consent à satisfaire les désirs du premier, ou au contraire, décide de les frustrer : Ceci dit, les intérêts, besoins, désirs et souhaits personnels du second partenaire n'existent tout simplement pas ».

Pour l'alcoolique, l'objet a une importance si vitale qu'aucune attention ou considération ne peut lui être accordée ; il doit tout simplement se trouver là et sa présence est considérée comme allant de soi ; il doit apporter au sujet la satisfaction exigée sans que soient considérés le plaisir de l'objet, ses convenances, son consentement. C'est à une relation duelle harmonieuse que l'alcoolique aspire avec l'Autre, en l'occurrence sa femme.

Selon Balint, « c'est l'aspiration à ce sentiment d'harmonie qui est la cause principale de l'alcoolisme. Différents processus secondaires interviennent à ce point et menacent l'harmonie de l'alcoolique qui, dans son désespoir, boit de plus en plus afin de maintenir cette harmonie ou du moins pour en sauver quelque chose. L'état d'harmonie qui entoure le buveur intoxiqué présente une caractéristique extrêmement importante : dans cet univers, il n'y a ni personnes ni objets exigeants ».

Comme le souligne P. Noiville (1982), pour l'alcoolique, l'objet n'est investi que comme une fonction dont la présence va de soi et non comme un objet indifférent qu'il faut transformer en un partenaire coopérant au moyen d'un travail de conquête. Les rapports physiques, détachés apparemment de tout contexte affectif, s'accomplissent à la hâte, sans ambiance amoureuse, sans échange réel, sans relation objectale valable. Il s'agit le plus souvent d'un coït réduit à sa plus simple expression, excluant toute tendresse, toute communication, faisant parfois place à la brutalité. Les relations hétérosexuelles sont en réalité des équivalents masturbatoires. Ce que demande l'alcoolique à sa partenaire, c'est d'être le prolongement de la main. La femme est investie en tant qu'objet partiel fonctionnel, elle est annexée au corps du sujet, elle fait partie de lui.

La sexualité génitale sert surtout ici à des fins narcissiques, c'est-à-dire à étayer, selon J. Mc Dougall (d'après P. Noiville, 1982) « un sentiment parcellaire, fragile d'identité subjective, autrement dit, pour colmater une image endommagée, intimement liée à une problématique sexuelle

archaïque ». Pour que l'autre puisse devenir objet de désir, il faut pouvoir reconnaître ses propres limites et celles de l'autre, ce qui n'est pas le cas de l'alcoolique dont la dépendance a pour corollaire l'envie et le désir de fusion.



Affiche publicitaire "Capri Scala"

C/ La femme de l'alcoolique

L'image du couple de l'alcoolique s'est modifiée au cours du temps, cette modification s'articulant principalement autour de l'image de la femme. Après une première période où la femme était considérée comme une victime et l'alcoolique comme le « bourreau domestique », certains auteurs ont émis l'hypothèse d'un consentement, au moins partiel, de la victime. Ultérieurement, une position extrême a été soutenue consistant à voir dans l'épouse décrite comme névrosée, déséquilibrée, non plus la victime, mais la principale responsable de la genèse de la conduite alcoolique.

Heureusement, les théories systémiques ont montré l'interdépendance qui existe à l'intérieur d'un couple ou d'une famille et on en est donc arrivé à parler de responsabilités partagées et à considérer qu'un arrêt de l'alcool ne pouvait s'envisager sans un réaménagement des liens conjugaux.

a) La femme victime

Nous passerons rapidement sur l'image de la femme victime, image à la Zola d'une épouse accablée par le travail et l'éducation des enfants, en proie aux violences de son ivrogne de mari, et malgré cela, si bonne, si dévouée.

b) La femme coupable

La reconnaissance de l'alcoolisme comme maladie et non plus comme tare ou faiblesse de caractère a sensiblement modifié les conceptions acquises. L'épouse est devenue progressivement responsable de l'alcoolisme de son mari. Dans cette conception, la femme qui présente un certain type de personnalité tend à choisir comme partenaire un homme alcoolique en puissance ou présentant un éthylisme confirmé. Elle cherche ainsi à satisfaire des besoins inconscients qui exigent que l'alcoolisme de l'époux soit entretenu.

De nombreux auteurs ont essayé de définir une typologie caractérielle dont l'influence serait déterminante dans le choix du conjoint. Whalen (1953, d'après D. de Saugy, 1963) décrit quatre types de femmes d'alcooliques : la femme masochiste, souffrant pour se punir (*the sufferer*), la femme qui contrôle, commande et cherche un mari faible à dominer (*the controller*), la femme moralisatrice et punisseuse (*the punisher*) et la femme maternelle qui oscille entre l'amour et le rejet (*the waverer*). Ce que les différents auteurs retrouvent de plus caractéristique chez la femme de l'alcoolique c'est la dépendance, la

frigidité, les tendances sadomasochistes, le besoin de trouver leur mari en faute, une attitude fluctuante.

O. de Saugy (1963) a réalisé une étude comparative entre divers groupes de sujets alcoolo-dépendants (alcooliques à manifestations digestives ou à manifestations psychiatriques prédominantes) pour lesquels elle essaie de dégager l'évolution psychosociale de la femme. 58% des épouses des « alcooliques psychiatriques » et 42% des épouses des « alcooliques digestifs » déclarent que, dès le début du mariage, elles dominaient leur mari ; la différence avec les témoins est significative. 40% des femmes des « alcooliques psychiatriques » se déclarent frigides depuis le début du mariage pour un taux de 28% dans le groupe « alcooliques digestifs » et de 12% chez les témoins.

Pour L. Israël et al. (1972), l'épouse non alcoolique serait une des principales causes de l'alcoolisme du mari. Elle reproduit inconsciemment ce qu'elle a connu pendant son enfance dans le modèle offert par ses parents ; elle a choisi un mari faible parce que sa mère était dominatrice. Elle a, selon lui, choisi un « objet conjugal » sans que l'on puisse parler d'amour ou de désir. « Malgré leur fréquente allégation de frigidité, ces femmes exigent qu'on leur rende les hommages qu'implique le mariage... Mais généralement il ne s'agit pas d'une activité qui comporte une quelconque satisfaction, mais plutôt de l'exercice d'un droit ». A propos du trio formé par le mari, la femme et l'alcool, il écrit : « L'alcool réunit toutes les fonctions du tiers, fonctions qui oscillent entre les deux pôles d'Éros et de Thanatos, l'amour et la mort. Mais la mort pour qui ? Il semble, dans la réduction ou la disqualification de ces maris, que c'est à eux qu'on réserve la place du mort, ce qui entrerait chez ces femmes dans une véritable tradition dynastique de Mante religieuse ».

L'attention a par ailleurs été attirée sur les troubles psychoaffectifs présentés par certaines épouses d'alcooliques au moment où leur mari cesse de boire. Le besoin de domination de la femme est remis en question par l'amélioration de l'état du mari.

Comme le souligne J. Bernard (1984), le problème que pose à la femme l'alcoolisme de son mari est celui de la détérioration plus ou moins partielle d'un couple sous l'effet de l'alcool. La femme n'entre en scène, pour la plupart des observateurs, qu'au moment où son mari a complètement plongé dans sa condition de buveur dépendant. Sa position apparaît alors très souvent comme hostile et les initiatives qu'elle a dû prendre pour préserver l'ensemble du noyau familial semblent comme autant d'attitudes lui permettant de garder sur la famille l'emprise que les déficiences de son mari l'ont amenée à établir en dehors de lui. Elle peut constituer une gêne à la réhabilitation de son

mari à laquelle elle ne croit plus et qu'elle est parfois en droit de redouter. Il est difficile d'obtenir une image de ce qu'elle était au début du mariage, à une époque où son mari n'était pas encore alcoolodépendant.

c) La femme conjointe

P. Edwards et al. (1973, d'après J. Bernard 1984) retiennent deux théories principales sur l'évolution des problèmes posés par la femme de l'alcoolique :

- la théorie de la personnalité perturbée, psychodynamique : la femme présente une structure de personnalité particulière qui la pousse à choisir un compagnon alcoolique ;
- la théorie du stress, qui considère les troubles du conjoint comme des conséquences psychologiques et comportementales de l'alcoolisme. La femme, non-coopérante ou à comportement dominant, développe à partir d'une situation bloquée, un mécanisme qui a pour but de maintenir le fonctionnement et la stabilité familiale.

La théorie du stress a été proposée par la sociologue américaine J. Jackson (1954, d'après J. Ferrandi, M. Gayda, 1987) qui a décrit plusieurs stades de désorganisation familiale provoquée par l'alcoolisme :

- les épouses nient l'existence de tout problème,
- elles essaient d'éliminer le problème de l'alcoolisme par un isolement social,
- elles sont amenées à accepter l'alcoolisme de leur mari comme un fait permanent et à se laisser désorganiser, elles et leur famille,
- elles essaient de réorganiser la famille en prenant en charge les responsabilités qui auraient dû être assumées par leur mari,
- pour certaines, le processus peut aller jusqu'à la séparation, ce qui aboutit à la réorganisation de la famille sans le mari,

- si le mari devient abstinent, il y a alors une nouvelle réorganisation de la famille dans laquelle la femme restitue à son mari les responsabilités qu'elle avait assumées.

Depuis J. Jackson, de nombreux travaux ont confirmé le caractère réactionnel des troubles observés. A chaque stade de l'alcoolisme du mari correspondrait une réponse différente de la femme. Les formes d'affrontement de la femme avec son mari alcoolique évoluent depuis la consommation de type social, jusqu'à la dépendance et enfin l'abstinence, quand elle peut être obtenue. J. Ferrandi et M. Gayda (1987), dans un article intitulé « Sexualité et système familial de l'alcoolique », rapportent un certain nombre d'études réalisées sur la femme de l'alcoolique. Les résultats à des tests de personnalité (M.M.P.I.) auxquels ont été soumises des femmes d'alcooliques buveurs, des femmes d'abstinents et des femmes de non-alcooliques, ne montrent pas de différences significatives entre les deux derniers groupes, alors que les femmes du premier groupe présentent des troubles plus fréquents. De même, ils signalent que le caractère dominateur de certaines femmes serait retrouvé aussi souvent chez les épouses de non-alcooliques que chez les épouses d'alcooliques. Par ailleurs, les troubles observés (anxiété, irritabilité, refus de la sexualité conjugale, ...) surviendraient chez des femmes dont la personnalité de base est normale et s'amenderaient lorsque le conjoint devient abstinent.

En fait, les femmes d'alcooliques ressemblent à toutes les femmes ayant un problème relationnel avec leur époux.

D/ La co-dépendance et le système alcoolo-centré

a) La co-dépendance

La dépendance est le maître-mot en matière d'alcoolisme.

Elle ne renvoie pas uniquement aux liens entre l'alcoolique et la bouteille, mais également à ses rapports avec son entourage et principalement avec sa femme. Mais cette dépendance est réciproque. « L'épouse du buveur est une victime, personne n'en doute. Alors pourquoi cette martyre, enfin délivrée de son bourreau, vient-elle quelques jours plus tard supplier qu'on le laisse sortir, qu'on le lui rende ? » P. Perrin (1956).

Cette dépendance comporte tous les gages de stabilité, ce mélange d'amour et de haine indispensable à toutes les grandes passions. Qui dit couple dit pathologie partagée. L'autre va devenir progressivement dépendant du sujet, lui-même dépendant de l'alcool : c'est la situation

de co-dépendance. L'entourage familial de l'alcoolique, tout comme le malade lui-même, souffre d'une authentique maladie en rapport avec l'alcool.

Dans une perspective systémique, ce modèle présuppose que les membres d'une famille interagissent les uns avec les autres, ces interactions étant régies par des lois d'équilibre comparables à celles de la physique. Les relations entre l'alcool et la famille, comprises selon le modèle systémique, ne se limitent pas aux effets négatifs de la dépendance sur l'équilibre familial. L'alcool réduit aussi transitoirement les tensions familiales et accroît paradoxalement la stabilité familiale. Ainsi l'alcoolisme maintient-il certains modes de relation qui, en retour, maintiennent l'alcoolisme. Comme le patient est dépendant de l'alcool, la famille est dépendante des modalités relationnelles qu'impose la conduite alcoolique d'un de ses membres. Il faudra comprendre à quoi sert l'alcoolisme dans cette famille, dans ce couple et comment il a pu, pour un temps, être facteur d'équilibre. Alors seulement, il sera peut-être possible d'atteindre un équilibre nouveau où l'alcool sera absent.

b) Le système alcoolo-centré : un ménage à trois

L'alcool va souvent devenir le troisième partenaire du couple. Le patient et son conjoint communiquent par le biais de l'alcool qui devient un régulateur de l'intimité du couple. Grâce à la propriété désinhibitrice et anxiolytique de l'alcool, certains vont anesthésier leurs sentiments douloureux de dévalorisation et vont pouvoir s'extérioriser et mettre en acte des désirs, ce qui leur était difficile, voire impossible à l'état sobre.

Avec l'apparition de l'alcoolo-dépendance, la relation entre le sujet et le produit va acquérir une telle intimité qu'elle supplantera celle du couple. Le couple s'organise alors autour de l'alcool en un véritable système alcoolo-centré où la communication entre les deux est devenue impossible autrement qu'au travers de l'alcool. Les deux partenaires fonctionnent suivant un mode de complémentarité dans lequel chacun joue sa partition immuable. Le malade fait des promesses d'arrêt de l'alcool, ne peut les tenir et de ce fait re-promet. Le conjoint profère des menaces de départ, est sur le point de le faire, se fait récupérer par le malade et, parce qu'il est resté, est obligé de re-proférer des menaces.

Il y a d'une part le sujet alcoolophile et d'autre part le sujet alcoolophobe, alternant les rôles de persécuteur et de persécuté selon que le sujet est à jeun ou alcoolisé.



Verlaine et la "fée verte"

3/ L'ALCOOLISME ET LA VIOLENCE

« La violence n'est pas le but. La violence est le moyen. »
(Georges Franju)

Philippe de Beaumanoir, légiste au XVIII^{ème} siècle, reconnaissait au mari le droit de "battre sa femme quand elle ne veut pas lui obéir, pourvu que ce soit modérément et sans que mort s'ensuive".

Devant un phénomène mal connu, toute divulgation peut aujourd'hui faire l'objet d'un scandale : que dire de cet enseignant contraignant sa femme à lécher par terre, de ce cadre supérieur obligeant son fils à tenir le fil électrique dénudé du fer à repasser ? Pour avoir étudié dans différents journaux les affaires de violence, celles où nous sont présentés des "monstres domestiques", on n'a pas trouvé un profil type. Les monstres, ceux qui correspondraient au mythe de l'homme violent, seraient donc bien une appréciation toute subjective. On peut les apercevoir surtout dans les dossiers d'assises, là où l'homme violent est de plus meurtrier.

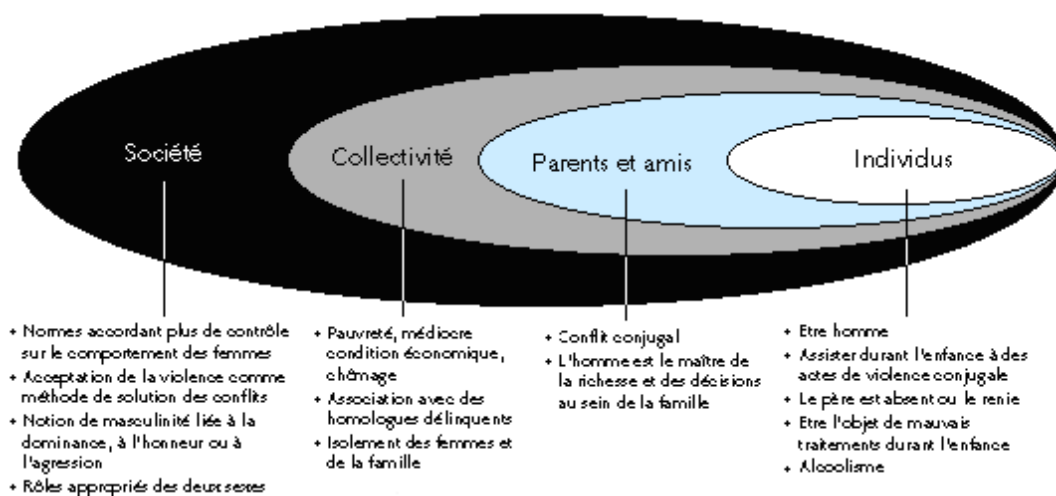
L'homme violent, le terme fait de suite frémir : on imagine la brute épaisse, le pas lourd, méchant. On pourrait à l'infini décrire cette caricature du masculin, figure symbolique que l'on aimerait exorciser.

En fait, nous savons peu de choses. Aucune enquête ne vient nous informer sérieusement sur la violence domestique. Nous sommes aujourd'hui capables de mener des études scientifiques pour de nombreux sujets et centres d'intérêts, mais nous n'avons pas d'études sur la réalité de la violence domestique. **Nous n'en savons rien, parce que nous ne voulons pas savoir**, et nous cachons notre méconnaissance derrière les figures du mythe.



Edvard Munch, *Le cri*

Constituer un savoir sur "les hommes violents" n'est pas une entreprise aisée. Les travaux effectués sur les femmes battues donnent quelques détails, quelques informations sur les hommes. La plupart des éléments de connaissance sont issus d'études sur les compagnes. Il s'agit là d'un biais important, non que les compagnons ou maris ne soient pas réellement des hommes violents, mais les informations sur ces hommes ne peuvent en aucun cas représenter l'ensemble des hommes violents, au même titre que les femmes recueillies en refuge ne sont pas l'ensemble de la population victime de violence.



Modèle écologique des facteurs associés aux mauvais traitements du partenaire

Mais en dehors des cas paroxystiques, la plupart des hommes violents rencontrés, que leur violence soit physique, psychologique ou sociale, ne diffèrent pas de milliers d'autres. Certes, ils peuvent tous exposer des humiliations, des scènes de terreur imposées à leur compagne, mais leur intention déclarée de vouloir changer, leur langage, l'expression de leur sensibilité n'en fait pas à proprement parler des monstres.

C'est la justice - notamment lors des homicides - qui qualifie - ou qui questionne - la folie des sujets. L'utilisation des "experts" par le système judiciaire, les confusions entre diagnostic - où le client a le libre choix du médecin - et expertise imposée, produisent des effets où :

- que l'expert établisse ou pas la folie de l'accusé(e), celle-ci est l'élément central du discours concernant l'expertise ;

- la possibilité de se voir atténuer la peine incite l(es) accusé(e)(s) à essayer de se faire passer pour fou(s) ou folle(s). Ceci provoque une méfiance *a priori* de l'expert sur les dires de l'accusé(e).

L'expertise psychiatrique légitime donc la confusion entre les accusés et les fous. En s'inscrivant dans le champ judiciaire de définition de la violence, elle facilite une combinaison d'effets pervers liée à des stratégies personnelles (hommes accusés de meurtre), professionnelles (avocats, magistrats, journalistes), qui alimentent le discours social et médiatique des hommes violents, fous ou malades.

En amalgamant la situation de diagnostic et celle d'expertise, elle estampille d'un sceau de scientificité un discours tendant à présenter les phénomènes de violence comme des actes individuels issus de la pathologie des accusés et des victimes.

Ceci explique sans doute pourquoi le bénéfice de l'Article 122-1 du Nouveau Code Pénal, relatif à l'irresponsabilité pénale et souvent encore appelé Article 64 en référence à la classification de l'ancien Code, a été refusé à l'ensemble des hommes étudiés.

Certes, de nombreuses fois, les experts ont fait valoir "une personnalité marginale, instable, impulsive", "une névrose de caractère avec infantilisme associé, une immaturité affective, une fragilité émotionnelle" ; mais à aucun moment ils n'ont "détecté" de perte de responsabilité. Les hommes violents et meurtriers ne sont pas fous. Ce sont les experts psychiatres qui l'affirment, ceci n'empêche pas certains témoignages dans les dossiers d'instruction de faire valoir la cruauté de certains ou la bestialité d'autres même sous l'emprise d'alcool.

Encore que la qualification d'alcoolisme prête à confusion : à partir de quel taux doit-on dire qu'un homme est sous l'emprise d'alcool ?

Qu'appelle-t-on alcoolisme au sens commun et quelles sont les différentes pratiques alcooliques ? Etc. L'association violence et alcool revient comme un *leitmotiv*, au point même de l'inventer comme on le voit très souvent au cours des dossiers d'instructions de Cours d'assises. Il suffit d'assister à une audience quelconque d'un Tribunal correctionnel pour constater que la majorité des excuses ou des explications se résume par "j'avais beaucoup bu" ou "j'avais trop bu".

Quand on écoute en privé les hommes qui utilisent la violence, l'association systématique entre violence et alcool s'effondre : Beaucoup d'hommes ne boivent pas et ne sont pas sous l'effet d'alcool quand ils frappent. D'autres expliquent qu'ils ont bu pour se donner du courage et pour se laisser aller à exprimer leur colère. Ou bien qu'ils ont bu

pour "oublier" leur désespoir ou leur tristesse. Certains enfin, justifient leur violence par l'alcool.

La sociologie distingue 3 types de normalité : statistique, idéale et fonctionnelle. Si l'abstinence peut représenter un *modus vivendi* idéal aux yeux de certains, nul doute qu'elle est une déviation aux yeux de la normalité statistique. Il arrive que certains délinquants l'ignorent et n'hésitent pas à prétendre, croyant à tort réduire leur peine, avoir agi sans pouvoir résister à la force de doses d'alcool bien trop faibles.

Les statistiques sur les relations entre violences et alcool sont confuses : certains centres pour hommes violents expliquent qu'ils accueillent 10% d'hommes ayant un problème à régler avec l'alcoolisme, d'autres 20% ou 30% ou 75%. Il n'y a pas de concordance dans les chiffres. D'une manière globale - et très schématiquement - on pourrait dire que 50% des hommes violents ont un problème avec l'alcoolisme, que celui-ci soit provoqué par du vin rouge ou du whisky. Autrement dit : 50% des hommes violents ne sont pas alcooliques.

Est-ce à dire que 50% des hommes violents sont violents pour cause d'alcoolisme ? Ou que l'alcool provoque la violence ? Non !

On trouve par contre des raisons communes qui font qu'un homme boit pour oublier ou pour se laisser aller à exprimer ses sentiments, et le fait que cet homme s'autorise à frapper sa femme. Cette raison est l'adhésion consciente ou inconsciente aux stéréotypes masculins : La croyance que la virilité est associée à l'alcool et à la force et que la force est associée à la violence.

D'autres hommes boivent et ne sont pas violents. Vouloir expliquer la violence de l'homme par l'alcoolisme rassure : Il suffirait de manière comportementaliste de supprimer l'alcoolisme de l'homme pour transformer sa violence. Or, dans les faits - en tous cas dans ceux qu'on a pu observer - c'est exactement le contraire qui se joue.

Ainsi, ceux qui ont pu rencontrer des hommes qui avait subi (et quand on connaît certaines méthodes employées, le terme n'est pas trop fort) plusieurs cures de désintoxication du type cure de dégoût : Le résultat ? Aucun. Et pour l'alcool, et pour la violence ? Après quelques jours, de retour à son domicile, l'homme recommence à boire. En revanche, ceux qui fréquentent un centre pour hommes violents et qui peuvent ainsi parler avec d'autres hommes de leur solitude à la maison, de leurs tristesses, parviennent progressivement à délaisser et la violence physique... et l'alcool.

L'association « violence = alcool » est donc pratique pour les hommes violents eux-mêmes. Elle permet à certains de se présenter comme irresponsables : "Je ne suis pas responsable ... c'est l'alcool ". Ou bien elle permet à leurs compagnes d'accepter les excuses de leurs maris ou compagnons : "Quand il n'a pas bu, il est très gentil" est une parole courante. Lorsqu'on interroge ces hommes, on constate rapidement qu'ils savent très bien que sous l'effet de l'alcool, ils ont toutes les chances d'être violents, de se laisser aller aux coups. Autrement dit, ceux-là boivent pour débloquer des barrières mentales qui limitent leurs violences. Mais d'abord, alcool ou pas, ce sont des hommes qui s'autorisent dans la pensée à utiliser la violence contre leurs proches.

Alors, par égard pour les hommes violents et leurs compagnes, pour leur permettre de prendre - enfin - leurs responsabilités, arrêtons d'assimiler violence et alcool, de justifier la violence des hommes par l'alcoolisme.

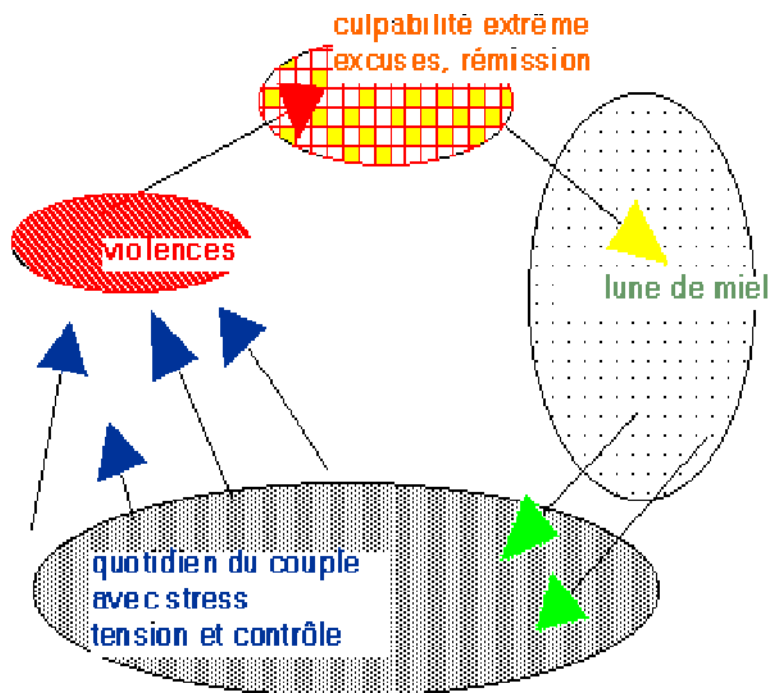


Campagne de publicité : la violence conjugale

Contrairement à ce que pensent de nombreuses personnes, il y a un « cycle de la violence ».

Celui-ci a d'abord été identifié par des chercheurs américains notamment Lénore Walker. Autrement dit, en étudiant attentivement les scènes que décrivent des femmes et des hommes, on peut faire un schéma explicatif du fonctionnement de la violence domestique. Mais attention : comme tout schéma celui-ci est forcément réducteur par rapport aux milliers de situations particulières.

Le cycle se décompose en 4 étapes, décrites dans la figure suivante :



Cycle de la violence

Nous allons le décrire en détail en y replaçant les éléments déjà entrevus. Il s'agit bien ici de traiter de la vraie violence familiale et non pas des jeux sexuels la simulant.

• **le quotidien du couple : silences, contrôle et montée de la violence**

Cette phase est en quelque sorte préparatoire aux coups. Dans le vécu journalier des couples où s'exerce de la violence, situation que nous analyserons plus loin, l'homme domine et veut contrôler l'ensemble de la vie familiale, les agissements de sa compagne et de ses enfants. Non que tous les hommes violents soient des tyrans domestiques, mais ils ont une représentation de ce que doit être leur milieu familial et considèrent normal de l'imposer. Nous le verrons, les hommes violents sont à cet égard particulièrement seuls dans la famille. Au lieu de se réjouir des différences qu'il y a entre les éléments de la famille, ils veulent que tout se passe comme ils l'ont prévu. En même temps, pour aboutir à ce rôle de chef de famille, ils maintiennent un contrôle permanent : contrôle de leurs proches, mais aussi contrôle d'eux-mêmes. Les hommes violents ne parlent pas, ou du moins, ne parlent pas d'eux et de ce qu'ils vivent.

Certains agissements de leurs proches ne leur plaisent pas. Ils ne sont pas jugés conformes à leurs projets ou à leurs désirs. Les hommes en éprouvent une insatisfaction qu'ils gardent en eux. Surtout au début de la vie de couple, quand ils n'osent pas encore exprimer leurs colères. Les insatisfactions, les rancunes et les griefs s'ajoutent au fur et à mesure, puis s'accumulent jusqu'à arriver à un trop-plein. Les métaphores sont nombreuses quand les hommes expliquent ce "trop plein" : la goutte d'eau qui fait déborder le vase, mais surtout la cocotte minute : "ça monte, ça monte et ça explose". Arrive alors le second stade du cycle : les coups.

- **l'irruption de violence : les coups**

Les coups ou d'autres formes de violences surgissent alors. Nous verrons ci-après qu'ils vont, au fur et à mesure, en *crescendo*. L'ampleur des coups est variable. Bien souvent au début de ces cycles, ce sont des claques, des mouvements brusques ou l'homme "pousse" plus ou moins violemment sa compagne. La durée de la scène de violence peut, elle aussi, être variable. Les hommes en parlent comme d'un soulagement, une décharge d'énergie longtemps accumulée, une sorte de libération. Leurs compagnes, n'ayant pas toujours su en apercevoir les prodromes, sont surprises ; elles ont peur. Souvent elles ne comprennent pas ce qui a provoqué l'arrivée de cette violence.

- **les excuses**

Souvent appelée phase de rémission en Amérique du Nord, la phase suivante va voir l'homme violent s'excuser, demander ou implorer le pardon. Comprenons-nous bien : quand l'homme s'excuse, promet de ne plus recommencer, il est dans la plupart des cas, sincère et honnête. Il est désolé de cette violence que souvent, il ne comprend pas non plus.

L'objectif plus ou moins conscient de la violence est de montrer son mécontentement, de dire ses désaccords, de signifier une volonté, de montrer qui a l'ultime pouvoir dans le couple. En ce sens la violence est un langage. L'objectif n'est pas d'aboutir à la fuite de la compagne, bien au contraire. Pour éviter que cette dernière, horrifiée par de telles violences ne parte ou ne se plaigne à l'extérieur, voire porte plainte contre "son conjoint violent", celui-ci doit obtenir son pardon.

Les excuses invoquées par l'homme sont multiples et variées, nous en avons déjà aperçu certaines (colère, alcool, stress...). Les plus simples sont souvent les meilleures ; la plus simple étant : "Je suis comme ça, il faut que tu fasses attention". Les excuses sont conformes à nos représentations collectives qui nous font croire que l'homme à l'intérieur des maisons est comme un enfant irresponsable. L'objectif est de dire :

"Ma chérie : Je ne suis pas responsable des violences commises, je ne l'ai pas fait exprès". Souvent l'invocation de l'amour sera utilisée pour prouver l'aspect accidentel de la scène. Dans d'autres cas, le rappel de la situation matérielle ou morale de la compagne, sa précarité, ou le sort des enfants accompagneront la demande de pardon. C'est à dire qu'il y a rappel à la conjointe de sa dépendance.

Certains hommes pleurent pendant plusieurs heures de suite, d'autres restent prostrés pendant quelques jours. Ils montrent, ou veulent montrer ainsi, leur réel désarroi. Beaucoup n'expliquent pas ce qui a provoqué leur violence et font passer les violences comme des actes irréfléchis. D'autres, notamment lorsque ces scènes sont déjà répétitives, accusent leurs compagnes d'en être responsables. Dans certains couples, c'est en faisant l'amour que l'homme obtient son pardon.

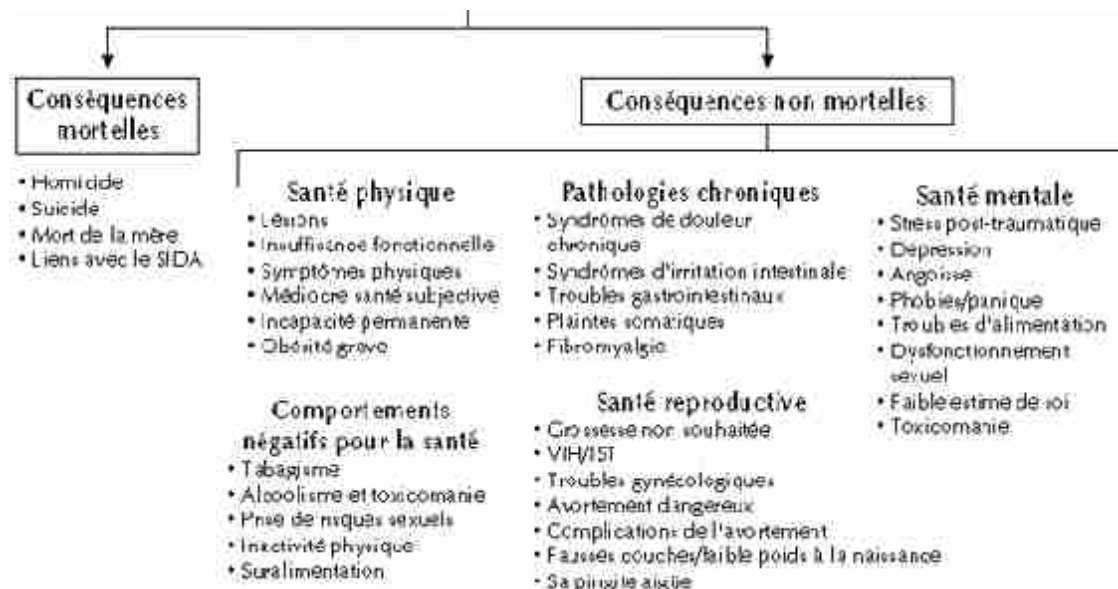
- **la lune de miel**

Cette expression utilisée par Ginette Larouche, traduit merveilleusement bien la phase suivante. Une fois le pardon accordé, les excuses acceptées, il faut pour l'homme - et la femme - oublier la scène de violence. C'est l'époque où l'homme va inviter sa compagne au restaurant, lui offrir cette robe qu'elle attend depuis longtemps, accepter – enfin ! - d'aller passer des vacances chez les beaux-parents... Bref, tout se passe pour le mieux dans ce qu'il/elle aimerait voir comme le meilleur des mondes. Période douce du bonheur retrouvé, cette phase est souvent passée sous silence par le(s) professionnel(le)(s) du social. Pourtant, cette phase et la suivante expliquent pourquoi nombre de compagnes peuvent dire, en dehors des situations de fuite en urgence absolue : "Après tout, ce n'est pas tous les jours la violence". La lune de miel doit faire oublier le passé et laisser croire qu'il ne se reproduira plus. L'homme et la femme sont réellement heureux du bonheur retrouvé. Une fois dissipé le souvenir des violences, le cycle continue.

- **le retour du quotidien**

Quelle qu'ait pu être la sincérité des excuses de l'homme, après la période "lune de miel", le quotidien reprend ses droits. Celui-ci, comme avant, s'accompagne du désir de l'époux de vouloir régenter la vie des ses proches, de son incapacité à dire ses désirs, ses insatisfactions, comme d'ailleurs ses plaisirs.

Progressivement, la tension, le besoin de domination, le stress dus à l'accumulation d'éléments contraires à ses attentes, augmentent. Et, les mêmes causes produisant les mêmes effets, réapparaît plus ou moins rapidement une nouvelle phase de violences.



Conséquences de la violence sur la santé du conjoint

4/ PERSONNALITÉ DE L'HOMME ALCOOLIQUE

*« L'alcoolique ne s'avoue jamais que la boisson l'a rendu impuissant. »
(Freud)*

Oralité, homosexualité latente, tendances dépressives et carence narcissique fondamentale sont les éléments les plus souvent retenus pour expliquer la psychogenèse de l'alcoolisme.

A/ La fixation au stade oral

S. Freud (1905) a souligné l'importance dans la genèse de l'alcoolisme, des fixations libidinales au stade oral. Il écrit à propos de la succion du pouce chez le nourrisson : « Si cette sensibilité érogène persiste, l'enfant sera plus tard un amateur de baisers, recherchera les baisers pervers, et, devenu homme, il sera prédisposé à être buveur et fumeur ».

K. Abraham (1908), un des premiers parmi les disciples de S. Freud à s'être intéressé à l'alcoolisme, parle d'une fixation au stade oral précoce de la succion. S. Freud voit dans l'érotisme oral le terrain propice à l'enracinement de l'alcoolisme, non pas tant parce que l'alcool passe par la bouche, mais à cause de certains caractères : le caractère auto-érotique, lié à une zone érogène fonctionnant pour elle-même, l'étayage sur une fonction vitale et le caractère impérieux du besoin d'incorporer.

Sa dimension orale fait de l'alcoolisme une conduite profondément régressive caractérisée par une modalité relationnelle particulière marquée par la dépendance vis-à-vis de l'objet, l'immaturité affective, l'impossibilité de différer l'accession à un plaisir oral archaïque. C'est ce que S. Rado (1926, d'après J. Adès, 1988) appelle « l'orgasme pharmacogénique ». « L'orgasme alimentaire revécu au cours de l'intoxication aiguë élimine le besoin de satisfactions génitales. Le Moi retrouve, au cours de l'ivresse, toute sa dimension narcissique dans un mouvement euphorique » (*ibid.*).

Comme le soulignent P. Bailly-Salin et al, (1972), on ne saurait limiter à la zone orale le bénéfice érotique des effets positifs de l'alcool. Ce qui apparaît rapidement, c'est un sentiment corporel diffus de toute puissance, qui renvoie à une régression libidinale archaïque de toute puissance narcissique.

B/ Le refoulement

Certains psychanalystes, K. Abraham et S. Ferenczi notamment, ont insisté sur la dimension homosexuelle de la personnalité de l'alcoolique. L'homosexualité pourrait être déniée et masquée par des revendications de « virilité ». Elle peut déterminer le choix d'épouses plus maternelles que féminines, voire rejetantes et viriles. Elle peut également s'exprimer dans la recherche de camaraderies masculines dans la complicité du café, lieu essentiellement masculin.

Les alcooliques décrivent les hommes, « les copains » avec qui ils boivent, de telle manière qu'ils nous apparaissent en tout point semblables à eux-mêmes : « ils sont comme moi, on a les mêmes problèmes ». Selon P. Noiville (1982), l'homosexualité correspondrait à une tentative de consolidation de sa propre identité à travers la recherche de l'autre. « Cette homosexualité ressortissant donc d'une organisation narcissique de la personnalité, serait une homosexualité en quelque sorte "spéculaire" qui trouve essentiellement son fondement dans la recherche par le malade alcoolique d'une certaine image de lui que, ne pouvant la construire, il va chercher au-dehors. Dans la quête éperdue de matrice identificatoire, il tente de rassembler tous ses pareils, corps partiels, en l'image d'un corps unifié qu'il pourrait ainsi connaître. (...) On pourrait considérer que le double est une tentative pour combler la béance entre le Moi et le Moi Idéal tout-puissant ».

C/ La dimension dépressive et auto-destructrice

Certains auteurs mettent l'accent sur la dimension dépressive, autodestructrice, voire masochiste des conduites alcooliques. L'alcool peut jouer un rôle contradépressif chez les sujets dont la personnalité pré-alcoolique serait marquée par une dimension dépressive fondamentale. La levée des inhibitions, facilitée par l'alcool, s'inscrit en fait moins dans une dynamique de plaisir qu'en référence au sadisme, au masochisme, à l'instinct de mort.

Le plaisir corporel sous alcool est rapidement nié et transmuté dans son contraire, un profond déplaisir corporel. C'est à travers la répétition quasi stéréotypée du déplaisir sous alcool que l'on apprécie la réalité de l'instinct de mort.



Albert Maignan, *La Muse Verte*

Cette zone dépressogène trouverait ses racines dans l'enfance, où la relation avec la mère s'établit sur le mode de la protection alternant avec le rejet. Elle introduit l'accès au plaisir puis au déplaisir, à la satisfaction et à la non-satisfaction.

H. Rosenfeld (1959, d'après J. Adès, 1988) considère que la « toxicomanie est très étroitement liée aux états maniaco-dépressifs sans leur être identique ». Le toxique représente tantôt un objet idéal auquel le sujet s'identifie dans l'expérience fusionnelle de l'ivresse, tantôt un mauvais objet persécutoire introjecté.

Selon J.-C. Archambault et A. Chabaud (1995), « l'homme alcoolique a toujours aspiré à la perfection, à être le meilleur, surtout par rapport à lui-même. Cette quête d'idéal se heurte évidemment à une impossibilité fondamentale, celle d'être réalisable. Entre cet idéal et la réalité, s'ouvrira une béance, une zone dépressogène, difficile à combler affectivement. L'alcool sera une tentative de remède... Désormais c'est l'alcool, par son action pharmacothymique, qui va rythmer l'humeur, le temps et l'existence de l'alcoolique ».

D/ L'échec de l'image unifiée du Moi et la pathologie narcissique

D. Barrucand (1980) et P. Noiville (1982) évoquent l'échec dans l'évolution libidinale de la constitution d'une image unifiée du Moi. Pour l'alcoolique se constitue l'image d'un corps défectueux laissant

subsister des « trous », c'est-à-dire des zones qu'il ne comprend pas, qui sont autant de béances du Moi et qu'il s'épuise à investir sexuellement jusqu'à l'arrêt de l'alcool. « Alcool alchimiste qui transmutera l'incomplétude et le clivage en satisfaction des pulsions partielles et rétablissement de la fusion avec l'objet idéal auquel il peut, l'espace de l'ivresse, s'identifier » (P. Noiville, 1982).

Selon D. Barrucand (1980), « l'alcoolique boit en fait pour ne trouver, au fond du verre, qu'un autre lui-même, ou lui-même fondu avec un autre qui serait sa mère ». L'alcool renvoie à un plaisir archaïque, dans une relation à un objet partiel à la fois bon et mauvais, car la mère est ressentie à la fois comme gratifiante et rejetante. « Boire va donc dans le sens d'une satisfaction libidinale qui, partie d'une satisfaction orale, diffuse jusqu'à une impression de toute puissance fusionnelle... Ainsi donc, boire peut être l'incorporation de la mère soit sous forme active (agressive), soit sous forme passive (fusionnelle) ».



Notre-Dame de l'Oubli...
(Musée de l'Absinthe à Auvers-sur-Oise)

L'image paternelle paraît généralement moins présente. Le père est souvent absent ou négligé et l'évolution vers l'Œdipe est faussée. Cette carence serait à l'origine d'une difficulté d'identification avec l'image de l'Idéal du Moi qui se vivrait dans l'abstinence, alors que l'identification avec l'image du Moi Idéal rejoint le niveau narcissique, la fusion, l'ivresse.

Pour J. Clavreul (1955, d'après J. Adès, 1988), la relation narcissique prédomine chez l'alcoolique sur tous les autres éléments de la psyché. Il décrit une double identification du Moi, au Moi Idéal, narcissique, tout-

puissant, immature au cours de l'ivresse, et à l'Idéal du Moi, compagnon du Surmoi. Ces identifications sont alternantes et exclusives et correspondent aux alternances d'alcoolisation et de sevrage, sous-tendues par une identité incertaine.

P. Noiville (1982) rapproche le sentiment d'incomplétude observé chez les alcooliques du « défaut fondamental » de Balint qui découle d'une disproportion considérable entre les besoins psychologiques d'un sujet et l'attention et l'affection dont il a disposé au cours des phases précoces de son développement. Selon lui, « le stade du miroir se trouve compromis par la permanence des phénomènes transitionnels dont la faillite réside dans la nécessité de devoir y recourir en permanence, pour affronter la réalité. (...) L'enfant reste dépendant de ses objets partiels de satisfaction, s'accrochant désespérément, chaque fois que l'objet fait défaut, aux objets transitionnels. L'alcool, mais aussi la nourriture, les médicaments seront ultérieurement appelés à remplir cette fonction maternante carentielle ».

Ainsi l'économie psychique de l'alcoolique est essentiellement narcissique. Il n'aspire pas à une relation d'amour objectale et à une activité libidinale génitalisée, mais à un type de relation archaïque, fusionnelle, n'impliquant pas de communication objectale. L'autre ne représente pour le sujet qu'une partie de lui-même, qui doit être aimée, haïe, maîtrisée ou détruite dans une relation à l'objet-soi, c'est-à-dire dans une relation objectale narcissique. La structure de la personnalité de l'alcoolique pourrait être définie comme une « structure de défaut ou de défaillance narcissique primaire » (*ibid.*).



Salvador Dali, *La Métamorphose de Narcisse*, 1937

E/ Les dysfonctions sexuelles de l'homme alcoolique

La dysfonction sexuelle peut être à la fois cause et conséquence de l'abus d'alcool, l'alcool servant à traiter les difficultés sexuelles mais ne faisant que les aggraver. L'action de l'alcool sur le comportement sexuel du malade alcoolique est progressive.

On peut distinguer schématiquement trois périodes qu'il convient de rapprocher des phases d'installation de la dépendance telles qu'elles nous apparaissent à travers la courbe décrite par Jellinek, figurant l'évolution de la tolérance à l'alcool dans le temps :

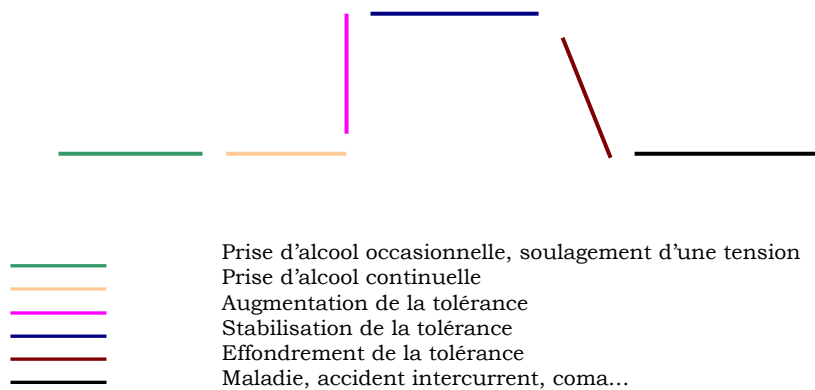


Schéma de Jellinek

- au début, l'alcool apparaît comme un facilitateur de la relation sexuelle. La consommation d'alcool permet à l'homme de se sentir désinhibé, rassuré, plus confiant en ses capacités sexuelles. Sa libido est augmentée et il peut faire durer plus longtemps l'acte sexuel grâce au retard apporté à l'éjaculation ; il n'y a plus d'éjaculation rapide. La désinhibition permet une mise en acte de désirs qui était impossible à l'état sobre. Mais pour retrouver l'effet désiré, il devra augmenter régulièrement les doses d'alcool.
- lors de la seconde période, le désir de relations sexuelles reste exacerbé, alors qu'apparaissent des troubles de l'érection et de l'éjaculation. Le patient va réagir en augmentant sa consommation d'alcool et en faisant appel à d'autres stimuli (visuels, tactiles) afin d'obtenir une érection suffisante. De plus, les échecs répétés peuvent entraîner une véritable anxiété de performance, un phénomène de *spectatoring* et une impuissance psychogène.

- dans la période noire de la dépendance alcoolique, à son début, le désir persiste mais les moyens de le satisfaire n'existent plus.

L'érection, l'éjaculation, l'orgasme sont absents ou de très mauvaise qualité. L'alcoolique étant dans l'incapacité de satisfaire son désir sexuel, il en résulte une frustration qui aura pour conséquences une agressivité et des conduites antisociales fréquentes.

A ce dernier stade, la libido se trouve considérablement diminuée. Ce désintérêt vis-à-vis de la sexualité procure souvent au patient une sorte d'apaisement, l'alcool étant devenu un véritable substitut sexuel.

Différents travaux mettent en évidence le lien entre l'alcoolisation chronique et les troubles de la sexualité. R. C. Schiavi (1990) et J. F. Paul (1996) rendent compte de diverses études à ce sujet.

La prévalence des troubles sexuels est variable selon les auteurs. Elle s'échelonne pour les troubles de l'érection de 8% à 54% et pour la baisse de la libido de 31% à 58% des sujets éthyliques. Il est difficile d'évaluer cette prévalence pour plusieurs raisons. Certaines études ont été réalisées avec des patients hospitalisés, à divers moments du sevrage, alors que d'autres études ont été conduites avec des patients ambulatoires qui consommaient encore de l'alcool ou qui étaient sous traitement antabuse. On peut également évoquer les problèmes méthodologiques provenant des définitions variées de l'alcoolisme et des difficultés sexuelles, des effets intriqués de l'âge, des pathologies intercurrentes et de la prise concomitante de médicaments, ainsi que le manque de participation de l'épouse dans l'évaluation des troubles sexuels.

F. Lemère et J. W. Smith (1973) rapportent que 8% des 17.000 patients alcooliques étudiés présentent une impuissance et que pour environ la moitié d'entre eux, le trouble persiste après une abstinence prolongée.

L. J. Whalley (1978) a comparé le comportement sexuel de 50 alcooliques masculins hospitalisés avec un groupe témoin apparié issu de la population générale. Les troubles de l'érection sont plus fréquents chez les sujets alcooliques (54%) que parmi les sujets du groupe contrôle (28%) mais il n'y a pas de différence significative pour les troubles de l'éjaculation.

S. B. Jensen (1984, d'après R. C. Schiavi, 1990) a conduit une étude comparative de 30 patients alcooliques ambulatoires mariés prenant du Disulfirame, avec un groupe contrôle apparié par âge. 63% des

alcooliques et 10% du groupe contrôle mentionnent des dysfonctions sexuelles, principalement des troubles de l'érection (30%) et du désir sexuel (37%). La moitié d'entre eux déclarent que leurs problèmes sexuels sont apparus au début du traitement par Disulfirame. Toutefois, les épouses n'ont pas été interrogées pour valider les réponses de leurs maris.

W. Mandell et C. M. Miller (1983) ont interrogé 44 patients alcooliques ambulatoires, 53% d'entre eux continuant à consommer de l'alcool au moment de l'étude. La quantité, la durée et la fréquence de l'alcoolisation sont corrélées à l'altération de la fonction sexuelle. Environ 30% des patients présentent au moins une dysfonction sexuelle antérieure à l'alcoolisme. Pendant la période d'alcoolisation massive, 86% des patients présentent au moins une dysfonction sexuelle : 59% ont des troubles de l'érection, 48% des troubles de l'éjaculation (éjaculation retardée ou anéjaculation), 55% une anorgasmie. Une amélioration de la fonction sexuelle est observée parallèlement à la baisse de l'alcoolisation, faisant chuter la prévalence des troubles sexuels à 41% (avec 18% des troubles de l'érection, 16% des troubles de l'éjaculation et 25% d'anorgasmie).

Les hypothèses à propos des sous-groupes de population sont limitées par le faible effectif de chaque échantillon. Mais il apparaît que les hommes jeunes présentent plus de dysfonctions sexuelles avant l'alcoolisme (50%), qu'il n'y a pas d'augmentation significative de leurs troubles durant l'alcoolisation massive et que la réduction de leur consommation d'alcool n'entraîne aucune amélioration de leur sexualité. L'amélioration de la fonction sexuelle en réponse à la diminution de la consommation d'alcool s'observe chez des hommes âgés ayant peu d'antécédents de troubles sexuels avant le début de l'alcoolisme. La probabilité des dysfonctions sexuelles augmente au-delà d'un certain seuil de consommation hebdomadaire d'éthanol.

E. M. Fahrner (1987) a conduit une étude sur 116 patients masculins alcoolo-dépendants en leur soumettant un questionnaire sur leur fonctionnement sexuel et en dosant la testostérone plasmatique. Tous les sujets ont un taux de testostérone plasmatique dans les limites de la normale.

Les trois-quarts des sujets présentent une dysfonction sexuelle et 44% d'entre eux au moins deux dysfonctions simultanément. Les plus fréquentes sont la perte de la libido (31%) et les troubles de l'érection (22%). On remarque dans cette étude la prévalence relativement élevée de l'éjaculation prématurée (18%) alors que l'éjaculation retardée est rare (8%). 45% des patients rapportent que leurs troubles sexuels apparaissent lors des fortes consommations d'alcool. Seuls 17% d'entre

eux font état de dysfonctions durant les périodes d'abstinence ou de faible consommation. Un an après la première investigation, 66% des patients présentent encore des dysfonctions sexuelles ; il n'y a pas de différence significative entre les patients abstinents et ceux qui ont rechuté. Dans une seconde étude, 16 patients ont bénéficié d'un programme de sexothérapie comportementale durant l'hospitalisation ; ils présentent significativement moins de dysfonctions sexuelles que les patients du groupe contrôle non traités.

S. Mutrux (1972) a étudié le comportement sexuel de 80 alcooliques chroniques hospitalisés. Leur anamnèse sexuelle n'est pas sensiblement différente de celle de la population masculine non alcoolique, mais au moment de l'étude, 80% des sujets souffrent d'une inhibition du désir associée à des troubles de l'érection. D'après cet auteur, l'alcoolisme entraîne non seulement une involution sexuelle quantitative, avec une réduction des besoins et de la puissance sexuelle mais également une involution sexuelle qualitative qui se définit par le passage d'une sexualité différenciée à des modes d'activité sexuelle de plus en plus polymorphes, fragmentés, éphémères, circonstanciels (hétérosexualité polygamique, hétérosexualité prostitutionnelle, autosexualité, homosexualité, pédophilie, inceste, voyeurisme, exhibitionnisme, sadisme, viol, ...). Dans certains de ces modes d'activité sexuelle, le rapport qui s'installe entre les deux partenaires est de plus en plus à sens unique, c'est-à-dire avec un consentement de plus en plus faible, une participation de plus en plus dérisoire de l'Autre. La perversité de l'alcoolique croît en fonction de la diminution de sa puissance sexuelle. A un stade d'involution encore plus avancé, l'alcoolisation va prendre la place de la sexualité, toute l'énergie se trouvant investie dans la substance alcool.

L'alcoolisme est la deuxième cause neurologique d'atteinte des fonctions sexuelles. La détérioration nerveuse alcoolique entraîne des impuissances lors d'une intoxication chronique. Mais les patients ne s'en plaignent pas ou peu, probablement parce qu'ils se sentent coupables de leur alcoolisme et/ou qu'ils se tournent vers l'alcool pour régler ce souci. Par ailleurs, l'ivresse aiguë provoque des impuissances transitoires.

En réalité, l'ivresse aiguë abaisse la capacité sexuelle. De plus, nous connaissons les effets toxiques de l'alcool sur les cellules germinales (blastophthorie). C'est l'augmentation des Γ GT (*gamma*-glutamyl-transpeptidase), qui est un marqueur courant de l'alcoolisme avec la mesure du volume globulaire moyen (VGM), qui provoque la destruction des hormones sexuelles.

Il aura fallu attendre 1980 pour savoir que la puissance sexuelle n'augmente pas lors de l'absorption d'alcool par le non-alcoolique, mais qu'il y a exaltation du désir.

Nous savons qu'un grand nombre de buveurs deviennent impuissants. L'alcool les a trahis. Ils lui ont confié leur puissance parce qu'il leur donnait un sentiment de force sexuelle. Mais l'alcool leur a dérobé la force, mais ils ne remarquent pas l'escroquerie. Ils ne s'en détournent pas, ils continuent à identifier l'alcool avec leur sexualité et l'utilisent comme son substitut. Tout se passe comme pour certaines perversions sexuelles où une excitation sexuelle qui pourrait normalement servir de préliminaire à l'acte sexuel en prend la place. C'est ce que Freud appelle la « fixation d'un but sexuel provisoire ». La contemplation de l'objet sexuel, par exemple, n'est normalement qu'un plaisir préliminaire, par rapport à l'acte sexuel qui apporte la satisfaction. Certains pervers, par contre, se contentent de regarder. L'alcoolique ne se conduit pas autrement. L'alcool a un effet d'excitation sexuelle, le buveur poursuit cette excitation mais il se prive ainsi de sa capacité de poursuivre une activité sexuelle normale.

Lorsque l'intoxication opère des destructions du système nerveux au niveau des fonctions supérieures, il se produit des libérations instinctives allant jusqu'à l'amnésie morale, car dès qu'un état supérieur devient insuffisant, les libérations primaires s'imposent (lois de Jackson) : perversion sexuelle, bestialité, simple finalité d'éjaculation.



CHAPITRE II

LA FEMME ALCOOLIQUE

1/ SEXUALITÉ ET ALCOOLISME FÉMININ

*« Une femme ivre est une porte ouverte. »
(proverbe allemand)*

L'usage de substances chez les femmes ne date pas d'hier. C'est au XVIII^{ème} siècle que l'on retrace la première consommation de drogues fortement documentée chez les femmes, alors que le recours aux médicaments brevetés était largement répandu. Ces médicaments étaient recommandés aux femmes pour toutes sortes de raisons, allant des symptômes menstruels à l'angoisse. Ils contenaient normalement de l'alcool et, dans certains cas, des opiacés. Selon quelques études consacrées aux opiacés vers 1880, les femmes étaient deux fois plus nombreuses que les hommes à en consommer.

Bien que la société condamnait vivement l'usage de drogues et d'alcool en public par les femmes, les médecins continuaient de les prescrire comme médicaments, usage généralement mieux accepté.

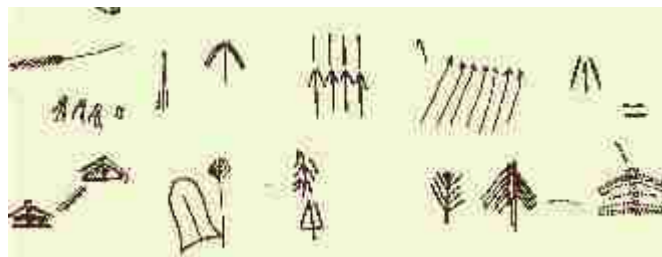


Vincent Van Gogh,
Femme à table dans le café Le Tambourin (1887)

On continue encore de nos jours à prescrire aux femmes des médicaments pour les soulager de leurs symptômes féminins. Et de leur côté, les femmes continuent de consulter les médecins pour qu'ils traitent les symptômes qui les affectent. Mais de nombreux soignants négligent de traiter les causes profondes, préférant traiter les divers problèmes à coups de tranquillisants et d'autres médicaments. Plutôt que de traiter le mal directement à la source, on favorise le recours aux produits chimiques.

Jusqu'au début des années 1980, il était difficile de déterminer la prévalence de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les femmes, puisque les questions posées lors des enquêtes nationales n'établissaient aucune distinction entre les sexes. Mais depuis 1980, les chercheurs ont analysé plus systématiquement les écarts entre les sexes, permettant ainsi de brosser un tableau plus exact de la consommation des substances par les femmes.

Le présent rapport résume certains des résultats les plus significatifs et les plus intéressants provenant des récentes enquêtes nationales. Il fait aussi ressortir les lacunes de notre savoir actuel tout en proposant diverses façons de les combler.



signes féminins

Principaux résultats à ce jour :

- L'alcool constitue sans doute la drogue la plus populaire auprès des femmes. Tous groupes d'âge confondus, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à compter parmi les buveurs actuels, elles boivent moins fréquemment et en plus petites quantités.
- L'alcoolisme féminin augmente partout dans le monde (+ 300% en Grande-Bretagne entre 1964 et 74).
- Les enquêtes des dix dernières années ont démontré que la proportion des femmes qui s'abstenaient de boire régressait. Ce phénomène s'explique sans doute, du moins en partie, par le fait que l'usage de l'alcool est aujourd'hui plus populaire auprès des jeunes femmes.
- Les raisons le plus souvent évoquées par les femmes pour cesser ou réduire leur consommation d'alcool sont la grossesse, les régimes ou les activités sportives.
- Près d'un cinquième (19%) des femmes de 20 à 24 ans avaient, à six reprises ou plus au cours de l'année précédente, pris au moins cinq consommations lors d'une même occasion. Or, il est important de prévenir les malformations congénitales associées à la consommation d'alcool durant la grossesse chez ce groupe d'âge.
- Moins de femmes que d'hommes déclarent des problèmes associés à l'alcool. Cela peut refléter le manque de questions d'enquête s'adressant spécifiquement aux femmes ou la réticence de ces dernières à déclarer leurs problèmes.

L'ingestion d'alcool permet à bon nombre de femmes de libérer leurs fantasmes et de les accepter (ou, pourrait-on dire autrement, de ne plus subir de blocage). Elles seront donc plus facilement excitées, car elles se permettront d'imaginer les scénarios les plus osés...

D'autres encore ont l'impression d'être plus sensibles, de ressentir davantage toutes les sensations et que leur orgasme est plus fort lorsqu'elles ont bu un peu d'alcool. Par contre, la frontière est très mince entre « un peu » et « déjà trop » ; dans le deuxième cas, beaucoup éprouveront plutôt un ralentissement dans la montée de l'excitation sexuelle et de l'orgasme.

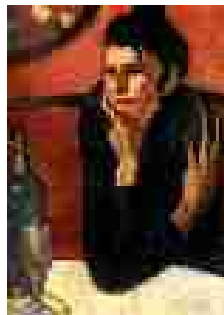
L'alcool semble avoir relativement peu d'effets sur le fonctionnement sexuel de la femme.

D'une manière générale, les femmes sont plus sensibles à l'alcool que les hommes. Indépendamment des conséquences habituelles, l'alcoolisme chez la femme provoque des problèmes de santé spécifiques et notamment des risques graves au cours de la grossesse : L'alcoolisme maternel est en effet la première cause évitable de retard mental des nouveau-nés dans les pays occidentaux. L'alcoolisme féminin s'accompagne souvent d'une dépression.

La notion d'alcoolisme féminin n'est pas unanime parmi les alcoologues. Certains pensent qu'il n'y a pas de particularité.

Les femmes ne vivent pas la dépendance comme la vivent les hommes. Il s'agit d'une consommation solitaire, clandestine et culpabilisée. Le plus souvent, la femme s'alcoolise pour rechercher un effet psychique particulier et devient progressivement dépendante sur le plan physique. Elle boit pour être moins anxieuse, pour lutter contre la dépression.

Il se trouve que la dépendance de type « alcoolose », définie par le Dr Fouquet, est la plus proche de ce cas de figure. Il est rare que les femmes boivent de façon conviviale, dans le but d'un plaisir partagé ; le plus souvent, c'est pour oublier un déplaisir, un mal-être, qui leur est singulier. Très souvent, elles sont pharmaco-dépendantes : elles associent alcool et médicaments.



Pablo Picasso, *Femme devant l'absinthe*

A/ Vulnérabilité de la femme face à l'alcool

À âge et poids égaux et pour une même quantité d'alcool, l'alcoolémie de la femme est supérieure à celle de l'homme.

L'explication de ce phénomène provient de l'enzyme impliquée dans le métabolisme de l'alcool qui présente une activité moindre chez la femme. Par ailleurs, la quantité d'eau dans le corps de la femme étant plus faible, la concentration de l'alcool dans les tissus et dans le sang s'effectue plus rapidement que chez l'homme. Les fluctuations des hormones ovariennes durant le cycle menstruel affectent également le métabolisme de l'alcool et la prise de contraceptifs oraux et la ménopause augmentent la vulnérabilité de la femme face à l'alcool.

Il y a une beaucoup moins grande tolérance de l'alcool chez la femme, que chez l'homme. Ce n'est pas qu'une question de quantité de verres bus, car il y a également différents niveaux de tolérance entre les hommes. La différence se fait surtout dans la manifestation plus précoce de complications chez la femme. On voit des femmes mourir des complications de l'alcool à des âges où les hommes ne sont pas encore inquiétés.

- Les complications peuvent être de type polynévrite, qui est une atteinte de plusieurs nerfs, et qui entraîne par exemple des troubles de la marche.
- C'est également l'apparition de la cirrhose, dégénérescence du foie qui finit par l'atrophier, et qui peut être mortelle.
- Mais également dénutrition, psychose alcoolique (ex : *Delirium Tremens*, ou délire tremblant, qui se traduit par un tremblement des membres et des troubles de la conscience. On peut en mourir même si on sait le soigner aujourd'hui).
- Il peut également y avoir des conséquences sur les bébés des femmes alcooliques, qui ont bu durant leur grossesse.
- Par ailleurs, lorsque l'alcoolisme est lié au tabagisme, il y a de grands risques pour que la femme développe un cancer des voies digestives ou de l'œsophage.
- Enfin, il peut également apparaître des jaunisses, ou des comas éthyliques ou hépatiques (ces 2 comas peuvent être mortels).

Face à tous ces problèmes, il n'y a pas d'autres solutions que l'abstinence. Il n'y a pas de moyens médicamenteux qui permettent de

substituer, comme la Méthadone pour l'héroïne - même s'il faut se méfier du parallèle - à l'envie d'alcool.

Il existe des gardes-fous comme l'Espéral (disulfirame), qui dégoûte du goût de l'alcool. C'est utile pour les gens qui sont sevrés, et qui ont peur d'être tentés, cela peut représenter un soutien médical, mais pas pour l'ensemble des malades. A une époque, on posait même des implants de ce genre de substance, qui s'accumulait souvent et provoquait des complications médicales.

Il est capital qu'une relation de confiance se lie entre le malade et le médecin. En faisant un jeu de mot, je dirai que le médecin doit être patient avec son malade. Dans un cabinet, il est difficile d'instaurer un suivi approfondi avec l'alcoolique. Celui-ci ne viendra pas régulièrement consulter : Car il y a une chose récurrente chez les malades alcooliques, c'est qu'ils sont persuadés qu'ils vont s'en sortir tout seuls. Or, il est vrai que la décision doit être personnelle pour être efficace, mais il est quand même rare qu'ils arrivent à s'en sortir tout seuls.

L'ingestion d'alcool a de nombreux effets sur la sexualité : On peut les séparer en aigus et chroniques. D'une manière générale, les performances sexuelles sont diminuées par la prise de boissons alcoolisées.

B/ Conséquences aiguës psychologiques

La prise d'alcool augmente le désir sexuel chez l'homme et la femme. En fait, il désinhibe le buveur, ce qui veut dire que ce dernier n'est plus "gêné" par les convenances sociales. Il va avoir tendance à vouloir assouvir ses désirs et exprimer ses envies plus directement que d'habitude, c'est tout. Ainsi une personne sous l'emprise de l'alcool va plus facilement passer à l'acte, à condition d'en avoir déjà envie avant de boire. L'état d'ébriété ne modifie pas les désirs de la personne mais le pousse à les accomplir. Cela ne sert à rien de saouler quelqu'un qui vous a en dégoût : Vous n'obtiendrez rien, mais cela peut "aider" chez une personne "timide". Le législateur et la jurisprudence des Cours d'appel ont voulu limiter les abus possibles en qualifiant de délictuel le fait de commettre un abus sexuel par entremise d'une drogue, saouler quelqu'un contre son consentement s'assimile ainsi à un empoisonnement.

C/ Conséquences aiguës physiologiques

Chez l'homme, l'alcool facilite l'érection mais celle ci est "de mauvaise qualité" et de courte durée. Elle est due à l'excès d'eau dans le sang qui

se réfugie dans les corps caverneux, elle disparaît ou diminue en urinant. Chez la femme, l'alcool provoque une turgescence du clitoris et augmente les sécrétions vaginales proportionnellement à la quantité d'alcool ingérée. Chez les deux sexes, l'orgasme est plus difficile et plus long à obtenir.

D/ Conséquences chroniques

Chez l'éthylique chronique, on observe une diminution de la libido et des troubles graves de l'érection pouvant aller jusqu'à l'impuissance par destruction des nerfs caverneux.

Les psychopathies se répartissent à peu près également selon les sexes ; elles paraissent un peu plus nombreuses chez la femme : D'après une statistique de Toulouse, pendant les années 1930 et 1931, 5.554 malades entrèrent à l'hôpital Henri-Rousselle, dont 2.962 femmes et 2.592 hommes. Mais cette différence peut s'expliquer par la supériorité numérique des femmes dans la population générale.

E/ Nature des troubles selon les sexes

Ce qui différencierait les sexes serait moins la fréquence que la nature des troubles mentaux. On aura une idée de cette différence par le tableau ci-dessous (chiffres publiés par Toulouse et Courtois).

Psychopathies	Hommes	Femmes	Total des cas
Paralysie générale	432	203	635
Alcoolisme	804	255	1.059
Confusion mentale	39	133	172
Manie	57	233	290
Dépression	243	556	799
Délire hallucinatoire	121	472	593

On attribue généralement ces différences à la plus grande fragilité du système nerveux de la femme. C'est ainsi que les cas de délire aigu aboutissant à la mort sont plus fréquents chez la femme (31 contre 2) ; de même les formes graves du syndrome de Korsakoff (22 contre 2).

Parmi les affections à virus neurotrope, la chorée, l'encéphalite épidémique sont plus fréquentes chez la femme. Mais d'autres affections neurotropes sont plus fréquentes dans le sexe masculin (par exemple, les maladies de Friedreich, de Wilson, de Charcot-Marie), de même la poliomyélite antérieure aiguë. Si bien que cette plus grande fragilité du système nerveux de la femme reste douteuse.

Une moindre perfection de la régulation affective chez la femme paraît intervenir dans la genèse de nombreux accidents psychopathiques et dans les réactions anormales. Les états dits névropathiques paraissent plus fréquents chez elle.

Parmi les différences dues au sexe, il faut distinguer celles qui sont dues au terrain et celles qui reposent sur la différence de situation sociale entre l'homme et la femme. C'est à une différence de ce genre qu'il faut attribuer la plus grande fréquence chez l'homme de l'alcoolisme et de la paralysie générale. En revanche, la fréquence de certaines psychoses et de certains délires chez la femme s'explique peut-être parce que chez elle la fonction sexuelle est plus souvent entravée que chez l'homme.

Certaines psychoses, notamment la démence précoce, se répartissent assez également entre les sexes.



Gauguin, *Femme dans un café*

2/ LE CORPS

*« Il n'est qu'un temple dans l'univers, c'est le corps humain.
« Rien n'est plus sacré que cet objet saint.
« Nous touchons le ciel quand nous posons la main
« sur le corps humain. »
(Thomas Carlyle)*

Les manifestations cutanées classiques de l'alcoolisme sont bien connues. Des preuves apparaissent désormais en faveur d'associations nouvelles et importantes. Ce chapitre traite brièvement à la fois des signes classiques et des nouveaux signes de pathologies cutanées associées à l'abus d'alcool, et de leurs mécanismes d'action potentiels.

A/ Manifestations cutanées classiques liées à l'alcoolisme

Les manifestations les plus couramment reconnues sont celles de l'érythème palmaire, de l'angiome stellaire et des modifications unguéales.

L'érythème palmaire se caractérise par des mains chaudes bordées d'érythème (rougeur de la peau), particulièrement marqué sur l'éminence hypothénar (pulpe de l'annulaire).

L'angiome stellaire (taches rouges ou bleues en forme d'étoiles) apparaît à l'intérieur du territoire vasculaire et consiste en une artériole centrale à partir de laquelle irradient de nombreux petits vaisseaux. La peau papier-monnaie consiste en de fins capillaires semblables à des fils qui apparaissent sur la partie supérieure du tronc et sur les épaules. Ces signes sont souvent associés à l'angiome stellaire.

La plupart des cirrhotiques présentent de multiples bandes blanches transversales au niveau des ongles qui précèdent le développement d'une leuconychie (ongles blancs). Les ongles peuvent s'épaissir, se fendre longitudinalement et perdre leur courbe. Une lunule rouge – la lunule est la partie inférieure de l'ongle - souvent associée à l'érythème palmaire, a été observée chez des buveurs excessifs ne présentant aucun signe de cirrhose. Elle est probablement la conséquence d'une augmentation du débit sanguin à l'intérieur des artérioles. Toutes ces

manifestations semblent avoir une origine vasculaire et sont plus souvent observées sur la partie supérieure que sur la partie inférieure du corps. Des variations dans la circulation périphérique en différents endroits du corps ont été observées chez des cirrhotiques. Celles-ci sont dues en partie aux modifications de la fonction sympathique et pourraient expliquer la distribution caractéristique des étoiles vasculaires sur la partie supérieure du corps.

B/ Autres liens entre abus d'alcool et apparence physique

La rougeur faciale est une conséquence classique de l'alcoolisme. L'inhibition de la synthèse de la prostaglandine et l'augmentation de la synthèse de la prostacycline (puissant vasodilatateur) ont toutes deux été suggérées comme médiateur possible de cette manifestation. La vasodilatation cutanée induite par la consommation d'alcool est accentuée par des taux sanguins élevés d'acétaldéhyde dus à l'inhibition de l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH). Les orientaux sont plus sensibles à la rougeur du visage. On pense que l'érythème facial persistant est dû à la vasodilatation chronique et à la perte des mécanismes de contrôle vasorégulateurs. Les fines télangiectasies (dilatations d'un groupe de capillaires) sont caractéristiques et peuvent apparaître en association avec l'acné persistante. Les individus affectés sont en général des buveurs excessifs plutôt que des alcooliques. La neuropathie autonome peut apparaître lors d'alcoolisme chronique ; à un stade avancé de la maladie, la neuropathie sympathique peut entamer une hypersudation distale, exagérant ainsi la sensation de chaleur au niveau des paumes.

L'intoxication alcoolique entraîne fréquemment des traumatismes répétés et souvent inexplicables, et peut avoir pour conséquence la présence de multiples ecchymoses (épanchements de sang dans les tissus sous-cutanés). Cette tendance à la contusion peut être amplifiée par les anomalies des plaquettes dues à l'abus d'alcool. La pellagre (photosensibilité induite par l'acide nicotinique) ainsi que le scorbut (hémorragies périfolliculaires disséminées, stomatites, poils en tire-bouchon et ecchymoses) peuvent apparaître en cas d'alcoolisme chronique, conséquence d'un déficit vitaminique. L'acné rosacée se caractérise par un érythème proéminent, une télangiectasie et la formation de pustules et s'accompagne d'instabilité vasomotrice. Elle apparaît le plus souvent au milieu du visage mais peut également atteindre d'autres parties du corps. Une hypertrophie tissulaire associée peut entraîner un rhinophyma. La porphyrie cutanée tardive est la forme de porphyrie la plus courante (anomalie métabolique caractérisée par des taux sanguins de porphyrine élevés) et peut être congénitale ou

acquise. Elle est causée par un blocage de la biosynthèse de l'hémoglobine au niveau de la carboxylase uroporphyrinogène.

L'accumulation d'uroporphyrine qui en résulte induit une photosensibilité. La consommation d'alcool peut révéler la maladie chez les individus sensibles. Les signes cliniques se caractérisent par des ampoules sur les parties exposées au soleil, une fragilité cutanée accrue, un durcissement et une pigmentation de la peau et une augmentation de la pilosité faciale. Plus récemment, une sensibilité accrue à l'infection cutanée a été démontrée chez les alcooliques. De plus, il existe une corrélation entre le psoriasis, l'eczéma discoïde (en forme de disque) et l'abus d'alcool. Le mécanisme central régissant l'apparition de ces troubles pourrait être d'ordre immunologique. Le lien entre l'alcool et le psoriasis reste obscur, hormis le fait que l'alcool augmente la sensibilité à l'infection à streptocoques et influence la fonction vasculaire et immunitaire (mécanismes contribuant sans doute à la pathogenèse du psoriasis). L'eczéma discoïde se caractérise par des plaques de dermatite bien délimitées, nummulaires (en forme de pièces) placées en général sur la partie inférieure des jambes. Cette forme d'eczéma oppose une forte résistance aux traitements.

La prévalence de l'abus d'alcool est souvent sous-estimée au sein de la population générale. La peau offre l'avantage d'être directement visible, ce qui facilite l'examen. La connaissance des pathologies cutanées liées à l'abus d'alcool peut permettre aux médecins d'identifier les patients à risque. Les pathologies cutanées telles que le psoriasis, l'eczéma discoïde et la porphyrie cutanée tardive méritent une attention particulière dans la mesure où elles peuvent apparaître plus tôt que les stigmates classiques de la maladie hépatique bien connue chez les alcooliques.

Il n'est pas inutile de se souvenir qu'un certain Dr Le Gô avait mis au point une grille d'évaluation permettant de rendre compte du degré d'imprégnation alcoolique, même si la pratique courante conclut à l'efficacité de la notation plutôt en tant qu'élément de suspicion, laissant les examens biologiques comme fondement du diagnostic.

La moitié de la cotation du Dr Le Gô concerne les signes d'aspect (visage, conjonctives, langue) et de tremblement (bouche, langue, extrémité).

Un tel marquage des parties découvertes du corps, ne manque pas d'alerter la population générale qui a intégré peu ou prou ces critères comme faisant partie d'une connaissance générale de la maladie alcoolique, et le buveur devenu visiblement excessif se verra refuser la compagnie, *a fortiori* sexuelle, d'une partie de ses contemporains.

L'alcoolisme chronique baisse également tous les signes de féminité en relation avec les hormones, puisque celles-ci sont dégradées par le foie par effet antabuse.



Dessin anonyme

3/ GROSSESSE ET PROCRÉATION CHEZ LA FEMME ALCOOLIQUE

*« Qu'est la volupté elle-même,
« sinon un moment d'attention passionnée au corps »
(Marguerite Yourcenar)*

A/ SAF et EAF

L'alcool traverse facilement la barrière placentaire, passant ainsi de la mère à l'enfant. Selon le niveau et la durée d'alcoolisation de la femme pendant sa grossesse, les conséquences sont variables : avortement spontané, accouchement prématuré, naissance d'un enfant mort-né, malformations et retard dans le développement physique et psychologique. Ces différentes manifestations portent le nom de "Syndrome d'alcoolisme foetal".



L'exposition prénatale à l'alcool peut entraîner des déficits neurologiques qui peuvent inclure les troubles d'apprentissage, l'hyperactivité, les déficits d'attention ou défauts de mémoire, l'incapacité de gérer la colère et les difficultés à résoudre des problèmes. Une intervention précoce peut réduire les troubles secondaires possibles, comme les problèmes liés à l'abus de drogues et d'alcool, etc.

Le Syndrome d'alcoolisme foetal est l'une des principales anomalies congénitales évitables connues chez les enfants ; le taux est estimé à 1-3 pour 1.000 naissances vivantes dans les pays industrialisés.

Le Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) est un diagnostic médical qui englobe un groupe précis d'anomalies associées à la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

On considère que le Syndrome d'alcoolisme fœtal représente la troisième cause de retard mental congénital et est à l'origine d'un tiers des naissances prématurées.

On lui associe :

- **des malformations crânio-faciales** : Caractérisées par une réduction de la taille du crâne, un nez et une lèvre supérieure de petite taille, une mâchoire inférieure plus petite et en retrait, un rétrécissement palpébral. Ces malformations persistent à l'âge adulte.
- **un retard de croissance** global affectant la taille, le poids et le crâne. En général, les enfants resteront de petite taille à l'âge adulte.
- **des anomalies du système nerveux** : Causées par une atrophie du cerveau et un développement incomplet de certaines parties de celui-ci, elles se traduisent par un handicap intellectuel sévère.
- **des malformations d'organes**. Elles sont nombreuses, mais il n'est pas clairement prouvé que l'alcool soit seul responsable. Les malformations les plus fréquentes concernent le cœur, les organes génitaux externes et les articulations. Les enfants atteints du Syndrome d'alcoolisme fœtal, à l'âge adulte ne sont pas affectés par la stérilité. Les femmes, si elles sont abstinences, donnent naissance à des enfants sains. Les hommes, alcooliques ou non, mariés à une femme sobre, ont une descendance normale.

La désignation EAF est souvent utilisée à tort pour caractériser une malformation congénitale jugée moins grave que le SAF ; l'adjonction du mot « possible » introduit une nuance en indiquant que le lien entre l'alcool et l'anomalie constatée n'est pas établi avec certitude, ce qui restreint l'utilisation de cette expression potentiellement ambiguë (Sokol et Clarren, 1989).

Cette désignation « Effets possibles de l'alcool sur le fœtus » (EAF) indique que l'alcool est considéré comme l'une des causes possibles de malformations congénitales chez un enfant. Cette expression sert à décrire les enfants ayant été exposés à l'alcool avant la naissance, mais qui ne présentent que quelques caractéristiques du SAF, entre autres, un retard ou un ralentissement de la croissance, des malformations congénitales simples ou des troubles d'apprentissage et de comportement qui, dans certains cas, ne deviennent apparents que dans les mois ou les années suivant la naissance.

L'exposition à l'alcool avant la naissance peut entraîner des troubles de développement chroniques sous forme de SAF ou d'EAF possibles. S'il n'existe pas de statistiques concernant l'ampleur du phénomène du SAF et des EAF, on estime donc que dans les pays industrialisés, un à trois enfants sur 1.000 seront atteints du SAF à la naissance (Coles, 1993 ; Quinby et Graham, 1993). Le taux d'enfants touchés par des EAF à la naissance pourrait être beaucoup plus élevé. Il s'agit sans doute là de chiffres prudents, vu qu'il est difficile de calculer la fréquence d'une malformation congénitale qui (1) ne se détecte pas facilement à la naissance ; (2) peut être confondue avec d'autres problèmes de santé et (3) doit être diagnostiquée au moyen d'un examen physique et à la lumière des antécédents médicaux du sujet, et non pas par un test de laboratoire.

L'alcool est un agent tératogène connu qui, par son action sur la croissance et la formation normale de l'organisme et du cerveau du fœtus, peut provoquer des malformations congénitales (Olson, 1992). Il peut avoir des effets dommageables sur le fœtus à n'importe quel stade de la grossesse, et non pas seulement au cours du premier trimestre. L'alcool absorbé par la femme enceinte traverse rapidement la barrière placentaire, de sorte qu'on retrouve dans le sang du fœtus une concentration d'alcool équivalente à celle observée chez la mère. Le cerveau et le système nerveux central de l'enfant à naître sont particulièrement sensibles à l'exposition prénatale à l'alcool.

Les risques de SAF sont plus élevés en cas de consommation continue ou importante d'alcool pendant la grossesse (A. Streissguth, 1989 ; Olsen, 1992). Le phénomène a également été associé à des cas de consommation intermittente ou à des épisodes d'intoxication. D'autres études (Streissguth, 1990 ; Day, 1994 ; Jacobson, 1994) ont montré que les enfants nés de mères ayant consommé un verre ou deux par jour ou, à l'occasion, cinq verres ou plus à la fois, présentent des risques accrus de troubles d'apprentissage et d'autres troubles cognitifs et comportementaux.

Malgré tout, il n'existe aucune information définitive que l'on puisse communiquer aux femmes concernant la quantité d'alcool qui peut être consommée sans risque au cours de la grossesse. Par conséquent, **par mesure de prudence, les femmes qui sont enceintes ou qui pourraient le devenir devraient choisir de s'abstenir de boire.**

B/ Efforts de prévention

De toute évidence, la prévention est la première mesure de défense contre les effets de l'alcool au cours de la grossesse. Elle devrait comprendre les éléments suivants :

a) Prévention primaire — mesures qui empêchent l'apparition d'un éventuel problème de santé. Dans le cas du SAF et des EAF, il s'agit d'informer la population, surtout les jeunes, des dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse et, de manière plus générale, de tenir compte des déterminants de la santé.

b) Prévention secondaire — mesures visant à reconnaître les sujets à risque. Les stratégies de prévention secondaire devraient comprendre les programmes de dépistage et d'intervention précoce et la prestation de services aux femmes enceintes et à celles qui sont en âge de procréer et qui sont susceptibles de mettre au monde un enfant atteint du SAF ou d'EAF.

c) Prévention tertiaire — mesures destinées à prévenir la récurrence du phénomène par le biais du traitement et par des efforts visant à atténuer les effets cognitifs, comportementaux et sociaux du SAF et des EAF. Les stratégies de prévention tertiaire devraient comprendre le diagnostic et les programmes spécialement conçus pour les enfants atteints de SAF ou des EAF et pour ceux et celles qui en prennent soin, ainsi que les interventions auprès des femmes et de leur partenaire qui ont déjà un enfant atteint du SAF ou des EAF et qui prévoient d'avoir d'autres enfants.

Comme les femmes enceintes sont généralement réceptives à l'idée de surveiller leur consommation d'alcool pendant leur grossesse, le professionnel de la santé se voit offrir une excellente occasion de promouvoir des changements de comportement. La détection précoce de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et les conseils judicieux dispensés à ces dernières sont les pierres angulaires du traitement. Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle clé dans la réduction des risques associés à la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

C/ Recommandations

Le SAF et les EAF peuvent être prévenus. C'est dans cette optique qu'on pourrait faire une synthèse de recommandations à partir des observations de femmes dans les groupes de parole :

- Les efforts de prévention devraient être dirigés vers les femmes avant et pendant la période de la procréation, de même que vers les personnes qui ont de l'influence sur elles, entre autres, leur partenaire, leur famille et les membres de la collectivité. Tous les efforts doivent **tenir compte de la famille et du milieu culturel**, autrement dit, cibler aussi bien la femme enceinte que son

partenaire et son milieu familial dans le contexte de la collectivité à laquelle ils appartiennent. De plus, ils doivent **reposer sur une démarche intégrée**, en d'autres termes, mobiliser tous les services que suppose la prise en compte des besoins souvent complexes de ces femmes sur les plans social, économique et affectif.

- Il y a lieu de diffuser auprès de tous les professionnels de la santé de l'information concernant les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse afin de faciliter le dépistage précoce des comportements à risque et l'intervention précoce.
- Il faudrait étendre et évaluer les programmes de formation continue destinés aux professionnels de la santé et conçus pour leur permettre d'améliorer leurs compétences en matière de conseils, de façon à ce qu'ils puissent inciter et aider les buveurs et buveuses à risque à modifier leur comportement. Par ailleurs, les professionnels de la santé devraient se familiariser avec les ressources qui existent dans leur collectivité pour inciter et aider les buveurs et buveuses à risque à modifier leur comportement.
- Les professionnels de la santé qui travaillent auprès des membres et des responsables des collectivités doivent transmettre aux femmes et à leurs partenaires un message uniforme, à savoir qu'il est plus prudent de s'abstenir de boire pendant la grossesse.
- Les professionnels de la santé ont un rôle essentiel à jouer en repérant les femmes dont la consommation d'alcool présente un risque pour le fœtus et pour elles-mêmes. Il faudrait appliquer des méthodes de dépistage pour déterminer quelles sont les femmes qui risquent de consommer de grandes quantités d'alcool avant et durant la grossesse. De même, les professionnels de la santé se doivent d'informer les femmes à risque, d'intervenir de façon positive et d'orienter l'intéressée vers les services appropriés.
- Il faudrait que les services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies tiennent compte des besoins des femmes dans la planification de leurs programmes, notamment en ce qui concerne les services de transport et de garderie. Les centres de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies devraient accorder la priorité aux femmes enceintes qui s'adressent à eux.
- Les professionnels de la santé devraient informer les femmes ayant consommé à l'occasion de faibles quantités d'alcool dans leur grossesse que le risque pour le fœtus, pendant la plupart des cas, est sans doute très faible. Ils devraient informer les femmes que le risque dépend de la quantité d'alcool consommée, de la morphologie, de la santé nutritionnelle et d'autres facteurs liés au mode de vie de la future mère. Ils devraient informer les femmes déjà exposées au risque que le fait de cesser de boire à n'importe

quel stade de la grossesse sera bénéfique pour le fœtus comme pour elles-mêmes.

- Les professionnels de la santé, incluant les omnipraticiens, les pédiatres et les autres professionnels à qui sont adressés les enfants devraient chercher à être mieux sensibilisés à la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse de façon à pouvoir aider à déterminer les causes possibles de malformations congénitales et d'autres troubles du développement ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les risques possibles lors des grossesses à venir.
- Les chercheurs et les intervenants en santé doivent être en communication constante pour trouver et évaluer les moyens de prévention primaire, secondaire et tertiaire les plus efficaces dans la lutte contre le SAF et les EAF.

La consommation d'alcool pendant la grossesse est un problème de santé d'intérêt national. Les professionnels de la santé inclus les sexologues ont la responsabilité de trouver et de mettre en oeuvre des stratégies de prévention qui auront pour effet de réduire l'incidence du SAF et des EAF.

D/ Fécondabilité féminine

La fécondabilité est généralement définie comme la probabilité de conception ou de grossesse avérée dans un cycle menstruel. La stérilité est définie comme l'absence de grossesse après au minimum 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception. L'incidence de la stérilité est élevée (à l'échelle de la planète, la stérilité "temporaire" varie de 3,6% à 14,3% et la stérilité "permanente" de 12,5% à 33,6%). L'alcool pourrait en être une des causes car même une consommation modérée semble réduire la fécondabilité, et l'alcoolisme de la mère est associé à un plus grand risque d'avortement spontané.

Une étude multicentrique européenne a permis d'examiner l'association entre la consommation d'alcool des femmes et le temps d'attente avant la survenue d'une grossesse, grâce à deux types d'études : (1) étude de population sur des femmes de 25 à 44 ans de différents pays, avec sélection au hasard à partir des données de recensement et des listes électorales ; (2) étude sur la grossesse, avec des femmes enceintes d'au moins 20 semaines incluses consécutivement lors des visites de contrôle. Plus de 4.000 couples ont été inclus dans chaque étude, et 10 régions d'Europe ont participé au recueil des données. Les données ont été recueillies grâce à des entretiens privés dans toutes les études de population et dans toutes les régions, sauf quatre, participant à l'étude sur la grossesse. Les résultats ont montré que, si l'alcool provoque un effet visible, c'est principalement sur les femmes qui boivent le plus (8

verres ou plus par semaine). Une étude danoise a suivi 430 couples entre 20 et 35 ans, qui avaient arrêté toute contraception et essayaient d'avoir un enfant pour la première fois. Ces couples ont été suivis pendant six cycles menstruels ou jusqu'à ce qu'une grossesse survienne. Ils ont indiqué quelle quantité d'alcool ils consommaient par semaine en moyenne, puis ils ont répondu à un questionnaire sur des critères de démographie, de santé, de reproduction, de travail et de mode de vie. Sur les femmes ayant indiqué qu'elles buvaient moins de 5 verres par semaine, 64% ont réussi à concevoir un enfant pendant les six cycles de l'étude, contre 55% chez celles ayant une consommation plus élevée. Ces études ont révélé que la consommation d'alcool de la femme est associée à une diminution de la fécondabilité, quel que soit le type d'alcool consommé.

E/ Avortement

Les qualités abortives de l'alcool sont bien connues depuis longtemps.

Cependant les forts taux d'avortement spontané observés chez les femmes alcooliques ou les mères d'enfants atteints de Syndrome d'alcoolisme fœtal pourraient être dus à un plus grand nombre de grossesses chez ces femmes. En d'autres termes, si les avortements spontanés sont étudiés en se fondant sur le nombre de femmes plutôt que sur le nombre de grossesses, les différences entre les femmes alcooliques et les témoins ne sont pas significatives. En outre, l'alcool n'est pas le seul facteur à prendre en compte dans l'évaluation des forts taux de fausse couche chez les alcooliques. De nombreuses femmes alcooliques souffrent également de dépression, et il pourrait y avoir des facteurs biologiques inhérents communs aux femmes alcooliques et aux femmes dépressives. La cirrhose est une maladie qui est associée à la fois à l'alcoolisme et à un risque élevé de fausse couche. Le tabagisme, qui est également fortement corrélé avec la consommation d'alcool, se révèle être un facteur de risque plus important que l'alcool dans les études qui étudient les conséquences de ces deux facteurs sur le risque de fausse couche. La caféine, qui est une autre substance corrélée avec la consommation d'alcool, est un facteur indépendant dans le risque d'avortement spontané. Une étude sur l'exposition à diverses substances, y compris l'alcool, menée sur des femmes recrutées en 1990-1991 à partir d'un programme de soins médicaux en Californie (*Kaiser Permanente Medical Care Program*), a indiqué un risque élevé de fausse couche chez les femmes qui consommaient plus de 3 verres d'alcool par semaine au cours du premier trimestre de la grossesse. Le rapport de cotes pour ce type de consommation était de 2,3 après correction selon l'âge maternel, les antécédents de fausse couche, l'âge gestationnel, le tabagisme et la consommation de caféine. Le risque d'avortement pourrait être plus élevé pendant le premier trimestre de la

grossesse, particulièrement au cours des 10 premières semaines, que pendant le deuxième trimestre. La consommation d'alcool avant la grossesse ne s'est pas révélée fortement associée au risque d'avortement spontané.

Des nouvelles recherches en matière de sexualité démontrent que l'alcool aurait pour effet d'atrophier les ovaires, les seins, l'utérus et les parois vaginales en plus d'inhiber l'ovulation et de causer des problèmes menstruels. Que de bonnes raisons de s'en tenir à une consommation modérée !

Les résultats de l'étude multicentrique européenne indiquent que, s'il y a une quelconque relation de cause à effet entre l'alcool et le temps d'attente avant la grossesse, elle se limite aux femmes consommant plus de 8 verres d'alcool par semaine. Les résultats de l'étude danoise ont montré que la fécondabilité pourrait se trouver réduite, même avec une consommation maximale de 5 verres par semaine. Il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires, mais il semble raisonnable d'inciter les femmes à ne pas consommer d'alcool si elles souhaitent une grossesse. Les mécanismes par lesquels l'alcool exerce un effet sur la reproduction et le développement restent inconnus, mais il existe plusieurs hypothèses : L'alcool pourrait provoquer une hypoxie fœtale, la synthèse d'ARN pourrait être inhibée par l'alcool et l'acétaldéhyde, et l'effet de l'alcool sur la fonction endocrinienne pourrait influencer la capacité à mener à terme une grossesse. L'alcoolisme de la mère est associé à des risques plus importants de fausse couche, mais on ne sait pas si cette association est due à l'alcool directement ou bien à des causes secondaires comme la cirrhose, le tabagisme, la consommation de caféine et la dépression. Même une consommation d'alcool faible ou modérée est associée à un risque d'avortement spontané, en particulier en début de grossesse.

F/ Contraception

Lors de la phase excitomotrice, qui correspond à une alcoolémie de 1,5 à 2,5 g/l, la parole devient abondante, une certaine insouciance apparaît créant décrispation, autosatisfaction, diminution du sens moral ainsi que de la culpabilité, diminution de la sensation de fatigue et parfois, impression de toute puissance. L'individu est dans un état exactement opposé au sens des responsabilités ou à la prudence, il oublie plus facilement de se protéger des grossesses non désirées comme des maladies transmissibles.

Passée l'alcoolémie de 2,5 g/l, l'alcoolisation devient désagréable, la démarche titubante, l'idéation pauvre va de pair avec des paroles incohérentes. Il n'est plus question de penser à la contraception ; avec

la sensation de douleur qui s'abolit, il n'est pas rare au contraire d'assister à une augmentation de l'agressivité.

Au-delà de 3,5 g/l, l'individu n'a plus de conscience, il ne participe pas mentalement aux rapports sexuels qu'il pourrait avoir sans le savoir.

Pour ajouter encore aux effets négatifs de l'alcool sur la contraception, rappelons que l'alcool diminue l'efficacité de la pilule contraceptive.

G/ Post-natalité

De par sa composante anxiogène, l'alcool augmente les idées noires de la parturiente. Cette dernière se sent moins capable de faire face à ses responsabilités de nouvelle mère que si elle n'avait pas eu de problème avec l'alcool. Les effets du *baby-blues* s'en trouvent aggravés, la relation à l'enfant peut aussi s'en trouver affectée, c'est dans cette période qu'une résistance à la sexualité peut s'ancrer comme résultant d'un évitement à la procréation.

L'alcool passe dans le lait maternel ; soit la mère allaite et conditionne son enfant positivement à l'alcool, soit elle renonce prudemment à cette relation privilégiée.

Bien plus tard, l'alcoolique chronique se rendra compte qu'elle est également sujette à une ménopause précoce.

Il faut retenir que bon nombre de ces difficultés sont temporaires et dues à la consommation excessive d'alcool. Toutefois, pour certains individus, le fait d'éprouver ces difficultés une fois les rend anxieux de revivre les mêmes troubles. Ils entrent alors dans un cercle vicieux où l'alcool cause des difficultés liées à la sexualité, de ces difficultés ils ressentent de l'anxiété, à cause de cette anxiété ils revivent les mêmes difficultés et, pour se détendre, ils consomment quelques verres de boisson (Paradis et Lafond, 1990).



*École flamande,
XVII^{ème} s.*

4/ PERSONNALITÉ DE LA FEMME ALCOOLIQUE

*« Cœur des femmes, abîme insondable »
(Alexandre Pothey)*

Du côté féminin, la fonction sexuelle est moins touchée par l'alcoolisme. Les effets sont les mêmes que lors d'un abus d'alcool occasionnel mais s'ajoutent à cela une insatisfaction générale de la vie et une augmentation des relations extraconjugales (Paradis et Lafond, 1990).

Ces particularités viennent de la femme elle-même et du regard que porte sur elle la société. De la femme d'abord, car souvent le recours à l'alcool s'inscrit dans une histoire où les traumatismes de la vie n'ont pas été surmontés. Ceux-ci peuvent être propres à l'identité féminine, par exemple comme le fait de ne pas accepter la modification du corps au moment de l'adolescence, le fait de ne pas être aimée par leur mère en tant que petite fille, le fait plus tard d'avoir des difficultés à être enceinte, ou d'être opérée des organes génitaux. D'autres traumatismes sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes comme des abus sexuels dans l'enfance ou des actes incestueux.

Tout se passe comme si ces chocs physiques et psychologiques se surajoutaient et venaient atteindre le point de rupture de la personne : l'alcool rencontré le plus souvent par hasard venant agir comme un médicament permettant de panser les plaies et de ne pas penser. Il y a beaucoup de deuils, de ruptures et d'abandons dans la vie de ces femmes. Elles sont dans la perte et cherchent dans l'alcool un moyen de se consoler.

On peut dire de l'alcoolisation au féminin qu'elle est plutôt solitaire, culpabilisée et dissimulée, imbriquée dans un malaise général, avec une certaine fréquence de narcolepsies.

On note par ailleurs une fréquence plus importante que chez l'homme, d'alcoolisme féminin dans l'arbre généalogique des femmes alcooliques. Souvent, c'est la mère, la grand-mère, ou une autre image qui servira de modèle d'identification à la petite fille qui s'alcoolise.



Pablo Picasso, *Femme ivre se fatigue* (Barcelone, 1902)

La société est encore plus sanctionnante devant une femme qui s'alcoolise que face à un homme qui a le même problème. Et c'est vrai que c'est une grande injustice. La femme perd toute considération en tant qu'épouse car elle n'est plus et ne peut pas être « la petite fée du foyer », qui apporte la sérénité et le réconfort ; et elle ne peut être une bonne mère car elle n'est plus capable de s'occuper de ses enfants. C'est la perte de ses deux images d'Épinal qui fait de la femme alcoolo-dépendante une paria de la société. « Un homme qui boit ce n'est pas beau, une femme c'est pire », cela est encore vrai dans notre inconscient collectif. Il est vrai que certains hommes s'alcoolisent de façon clandestine, solitaire, pour oublier, ou pour se donner du courage. En cela, ils boivent « comme des femmes ». Il existe aussi chez eux cette notion de perte d'image positive de soi liée à leur histoire ; mais, bien souvent, le monde qui les entoure ne leur porte pas le même regard. À mon sens, « on » leur renvoie moins de sentiment d'indignité.

La femme malade alcoolique est généralement beaucoup plus violente verbalement que physiquement. C'est une première différence avec l'alcoolisme au masculin. Cette attitude résulte du jugement que porte sur elle son entourage : le conjoint et surtout les enfants. On peut lire tant de choses, de questions, de peurs, de chagrin, mais aussi tant de reproche et de haine, dans le regard de l'enfant qui voit sa mère « noyée » ainsi dans l'enfer de l'alcool. Cet alcool qui est, en France et ailleurs, l'une des premières causes des maltraitances sur enfants.

Si elle culpabilise autant, c'est que, chez la femme, l'alcoolisme n'est pas entré dans les mœurs. Contrairement à l'homme qui, sans complexe, va au bar s'enivrer avec des copains, la femme boit généralement seule, en cachette, pour adoucir des difficultés (famille, travail, argent, frustration). De même, la femme se reconnaît plus

facilement malade mais, craignant le jugement de la société, elle a du mal à sortir de son enfermement pour demander de l'aide.

La femme peut aussi devenir violente en paroles parce qu'elle se sent démunie face à l'alcoolisme de son conjoint, précipitant ainsi la rupture qu'elle redoute. Ainsi, le dialogue ne s'établit plus, rien ne passe, sinon les cris, les pleurs, les injures. Dans cette situation, la femme a parfois tendance à pousser son mari à bout, jusqu'à ce qu'il devienne violent lui aussi, malgré lui. C'est alors l'engrenage, pouvant déboucher sur des violences sexuelles. Les femmes se sentent beaucoup plus rabaissées que les hommes, et ce à n'importe quel niveau.

La réaction des enfants face à une mère malade alcoolique est variable. Si certains ne veulent pas comprendre, d'autres font face à la déficience parentale en prenant en charge des tâches (courses, ménage...) incombant normalement aux adultes. Il arrive également que certains enfants couvent leurs parents, la maman surtout, l'envoyant se reposer et empêchant qu'elle soit dérangée.



Pablo Picasso, *Femme assise devant sa fenêtre*

CHAPITRE III

L'ALCOOL ET LES RELATIONS DE COUPLE

*« Si la non-violence est la loi de l'humanité
« l'avenir appartient aux femmes.
« Qui peut faire appel au cœur des hommes
« avec plus d'efficacité que la femme ? »
(Gandhi)*

1/ L'ALCOOLIQUE ET SON CONJOINT

L'alcoolisme est un élément perturbateur du milieu familial : conjoint et enfants en subissent inévitablement les conséquences. Ce paragraphe fait une brève description des conjoints d'alcooliques, de leurs problèmes, de leur comportement et de leur participation au cours du sevrage.

L'alcoolisme de l'un des conjoints favorise les situations conflictuelles, les problèmes financiers et parfois la violence, il conduit souvent à la détérioration des relations au sein du couple. L'alcoolisme de l'un des conjoints représente, dans au moins 25% des cas, une cause de divorce. Par ailleurs, les buveurs excessifs ont fréquemment des problèmes d'impuissance. Une alcoolisation chronique, chez la femme, peut entraîner une stérilité.

Les conjoints d'alcooliques sont souvent exposés à de graves problèmes sur le plan social et psychologique. De nombreux conjoints d'alcooliques passent par des états d'anxiété, d'insomnie, de tension et de dépression. Ils éprouvent parfois un vif sentiment de culpabilité, se laissent envahir par la colère et des désirs de vengeance, qu'ils peuvent reporter sur leurs enfants ou leurs collègues de travail.

Dans le cadre d'un traitement, l'attitude du conjoint peut aussi bien représenter une aide qu'un obstacle. Il est ainsi possible de distinguer le conjoint soutien, sur qui aussi bien le malade alcoolique que les médecins peuvent compter pour les aider à sortir le patient de sa dépendance, et le conjoint inducteur, qui de diverses manières et pour différentes raisons, favorise l'alcoolisme de l'autre. Il arrive fréquemment que le conjoint se comporte de telle façon que le buveur se trouve pratiquement empêché de percevoir les problèmes liés à sa consommation d'alcool. Par exemple le conjoint peut jouer le rôle de paravent en présentant de fausses excuses à l'employeur du buveur

pour expliquer son absentéisme, ou en épongeant ses dettes, ou encore en se montrant plus attentionné lorsque l'alcoolique est ivre que lorsqu'il ou elle est sobre. Ce n'est que lorsque le conjoint cesse d'agir en protecteur que le buveur peut être confronté à la réalité. Un autre cas fréquent est celui du conjoint qui ne comprend pas l'autre, lui fait des reproches constamment, opère une surveillance excessive, des restrictions, lui adresse des menaces, ce qui amène dans la plupart des cas l'alcoolique à boire davantage.

Sans que les raisons en soient clairement déterminées, il semblerait que de nombreuses jeunes femmes alcooliques épousent un alcoolique. Ces femmes ont souvent un comportement qui favorise la persistance de l'alcoolisation du conjoint en lui trouvant des excuses, et en supportant cette situation. Avec l'aide de spécialistes en alcoologie, les conjoints d'alcooliques peuvent parvenir à surmonter leurs angoisses et à abandonner les comportements qui favorisent l'alcoolisation.



Edgar Degas, *L'Absinthe* (1876)

2/ LA SEXUALITÉ DANS LE MARIAGE AVEC UN ALCOOLIQUE

*« Une femme m'attend, elle contient tout, rien ne manque.
« Mais tout manquerait si le sexe manquait. »
(Walt Whitman)*

Étant la plus intime et l'ultime forme de communication, la sexualité joue un rôle important dans la vie maritale. Il est certain que des problèmes sexuels semblent exister dans beaucoup de mariages avec un alcoolique, soit que l'alcoolisme crée des problèmes ou qu'il amplifie ceux déjà existants chez l'un ou chez les deux partenaires.

C'est l'évidence même que la qualité d'un mariage sous tous ses aspects dépend des rapports sexuels sains et réciproquement satisfaisants. Le contraire est également vrai : les rapports sexuels reflètent presque toujours les sentiments des partenaires concernant leur union dans son ensemble.

Dans la plupart des mariages, les besoins des partenaires diffèrent presque toujours et requièrent de chacun des évolutions pour s'adapter à l'autre.

Les échecs répétés du mari peuvent mener à l'impuissance qui se poursuivra peut-être jusque dans la sobriété parce que la crainte d'un échec maintient la tension qui l'inhibe.

Si, à la base, une profonde affection mutuelle unit les partenaires et que ceux-ci sont disposés à apprendre à changer leurs attitudes et leurs actions en ce qui a trait au sexe, il y a lieu d'espérer que la situation s'améliorera graduellement d'elle-même.

Dans la recherche de solutions aux problèmes intimes du mariage, un des obstacles les plus difficiles à surmonter consiste en ce que l'un ou les deux partenaires ne sont pas disposés à prendre le temps de discuter franchement du sujet. Ce mur entre deux personnes pourrait être appelé : "N'en parlons pas".

Pour la plupart des gens, le sexe est un sujet de conversation des plus difficiles. Il est tellement chargé d'émotions diverses - culpabilité, ressentiment, amertume, amour - qu'un échange raisonnable de vues et de griefs peut s'avérer virtuellement impossible. Une conversation peut débuter calmement, mais dès que l'un ou l'autre accuse ou fait des reproches, les esprits s'échauffent en même temps que naît la détermination de rendre la pareille. Rien ne peut être accompli de cette manière, ce qui expliquerait pourquoi les gens abandonnent la partie

avant même de commencer à discuter de ces choses et écartent simplement le sujet en disant : "*N'en parlons plus.*"

Le groupe de parole des Alcooliques Anonymes (AA) est le seul groupe néphaliste qui prenne en compte les conjoints d'alcooliques au sein d'un sous-groupe dénommé Al-Anon.

Des entretiens avec plusieurs membres Al-Anon révèlent que l'évitement des discussions est un obstacle fréquent à la communication dans le couple. Le membre AA qui vit son 'Vingt-quatre heures' a naturellement des réticences à confesser ses expériences passées qui peuvent avoir mené à l'impasse actuelle. Le partenaire lésé veut savoir en quoi il ou elle a failli et ce qui peut être fait pour restaurer la situation matrimoniale.

Ce désarroi apparaît clairement dans des déclarations telles que celles-ci :

« Il s'est amélioré sur tant de points depuis qu'il est devenu sobre dans AA. Il est plus que prévenant et plein d'égards. Pour la première fois, il m'envoie des fleurs à certaines occasions ; il se souvient de mes mensurations et m'apporte de jolis petits cadeaux. Il me fait presque la cour mais cela ne va pas plus loin. Il ne m'a même pas embrassée depuis une éternité. Quand j'essaie de lui faire des avances, qu'il s'agisse d'un tout petit baiser sur la joue ou d'une caresse amicale dans les cheveux, il se détourne en disant : "*Ne commençons rien.*"

« Que devrais-je penser ? Je vais vous le dire. Quelquefois il me semble que ses petites attentions ont pour but de me tranquilliser alors qu'il entretient une liaison avec quelqu'un d'autre. J'ai peur que quelque chose chez moi lui répugne. A d'autres moments, je pense qu'il me prend en pitié et qu'il veut me reconforter parce qu'il est incapable d'aucune intimité avec moi.

« J'ai demandé à une amie qui est conseillère matrimoniale (mon mari a refusé de m'accompagner) ce que cela signifiait et elle m'a répondu : "*Il est sans doute profondément troublé par la culpabilité qu'il ressent pour la façon dont il t'a traitée quand il buvait encore. Ne le connaissant pas, je ne saurais te dire quoi faire dans ce cas, mais cela aiderait peut-être si tu pouvais l'amener à discuter franchement de ce sujet. Ne lui cache pas le fait que tu es intéressée à la vie sexuelle et que tu le désires. N'en sois pas gênée. Tu devras le convaincre que tu n'es nullement affectée par ce qui est arrivé alors qu'il buvait. Explique-lui que tu te rends compte maintenant, après deux ans d'Al-Anon, combien tu étais fautive dans beaucoup de disputes et de difficultés survenues lorsqu'il buvait.*" »

Une autre attrayante jeune femme, désorientée par la froideur de son mari, essaya le manège, vieux comme le monde, de jouer à la séductrice. Elle avait remarqué, aux réunions AA, que les femmes avec qui il faisait habituellement un brin de causerie avaient indiscutablement un genre ensorceleur, rousses flamboyantes ou blondes, savamment maquillées, parfumées et portant des vêtements de coupe séduisante.

Comme elle était du genre plutôt sobre bien que toujours très soignée de sa personne et vêtue avec goût, elle limita ses premiers essais à un nouveau style de coiffure, une légère accentuation de son maquillage et des vêtements aux couleurs plus vives que d'habitude.

Lorsque son mari s'aperçut du changement, l'effet produit fut de l'irritation : "*Qui cherches-tu à séduire, habillée de la sorte ?*" Elle en fut évidemment blessée, ne pouvant imaginer pourquoi il était attiré par l'aspect « tape-à-l'œil » chez d'autres femmes et non chez elle.

A la maison, elle essaya d'autres moyens pour attirer son attention sur le fait qu'elle était une femme, une épouse aimante, qui désirait les attentions et les intimités maritales. Elle prit des bains de mousse parfumée, revêtit des négligés séduisants. Cela ne produisit pas plus de résultats. Les premiers essais ne rencontrèrent que le silence. A la dernière tentative, il éclata : "*Oh ! Pour l'amour du ciel, habille-toi et sortons*".

Quand le mari refuse de voir un psychiatre, un sexologue ou un conseiller matrimonial, il ne veut discuter ni de rapports sexuels ni des raisons de leur absence. Sa femme se refuse à d'autres solutions. Elle est amoureuse de son mari et, bien qu'elle en ait eu plusieurs fois l'occasion, elle ne désire personne d'autre. Elle estime qu'elle n'a pas d'autre choix que celui d'accepter cette chasteté forcée. Et comme chez la plupart des gens interrogés, ses essais timides pour aborder le sujet furent balayés par : "*N'en parlons pas.*"

Il ne lui était jamais venu à l'esprit que son mari la plaçait à part et bien au-dessus des femmes avec qui il trouvait amusant de bavarder à l'occasion.

Elle ne se rendait pas compte qu'il la désirait exactement telle qu'elle était, quelqu'un dont il pouvait être fier et qu'il pouvait adorer. Mais à distance ! Elle n'aurait jamais pu s'imaginer non plus que son incapacité à lui faire l'amour provenait de son propre sentiment de mépris de lui-même.

Une autre femme se trouvait dans une situation semblable. Du temps où son mari buvait, elle éprouvait souvent une telle répugnance devant ses approches qu'elle refusait carrément le moindre contact. Elle savait qu'en certaines occasions, cette attitude avait poussé son mari vers d'autres femmes et bien qu'elle en ait de l'amertume, elle reconnaissait qu'elle avait au moins une part de responsabilité en rendant possible ou nécessaire qu'il se tourne vers d'autres femmes.

Vint alors la sobriété, avec l'exaltation habituelle du petit nuage rose. Bien que le groupe de parole Al-Anon apprenne à être prudent durant cette première période de succès, sachant que de nouvelles difficultés attendent les membres, elle était heureuse pour la première fois depuis des années. A mesure que sa santé s'améliorait et qu'il reprenait ses activités, son mari consacrait beaucoup de temps et d'énergie à rebâtir son commerce. Il semblait ravi de pouvoir procurer à sa famille un niveau de vie bien plus élevé que du temps où il buvait. Sa seule occupation en dehors de son travail était d'assister aux réunions AA et de parler avec des amis AA. À mesure que cette vie heureuse s'écoulait, sa femme supposa que la reprise de leur vie sexuelle suivrait en temps voulu. Mais il n'en fut rien. Il semblait avoir adopté une discipline monastique qui excluait tous les plaisirs, même conjugaux. Il paraissait se concentrer uniquement à développer son perfectionnement personnel tel qu'il le concevait, où le sexe devait être sacrifié pour la rémission de ses péchés antérieurs.

Sa femme comprit tant bien que mal cette motivation et fit une évaluation réaliste de son propre rôle. Ayant refusé de coucher avec lui du temps où il buvait, elle ne le blâma pas entièrement pour son attitude présente, quelle qu'en puisse être la cause actuelle.

Elle fit tout ce qu'elle put pour lui plaire, pour lui faire sentir qu'il était à nouveau le chef de la famille. Toujours aucun changement.

A mesure que les mois passaient, la tension augmentait. Elle examina avec soin toutes les possibilités. Elle ne voulait pas abandonner son mari, mais elle voulait qu'il soit un mari ; toutefois elle n'avait aucunement l'intention de continuer cette vie d'ascète qui était survenue avec la sobriété.

Un matin, au petit déjeuner, ayant pris une décision pendant une nuit sans sommeil, elle annonça : "maintenant, mon ami, nous allons, toi et moi, tirer au clair ce problème de vie sexuelle inexistante entre nous".

"Je n'ai pas envie pour l'instant," protesta-t-il, "ce n'est pas quelque chose dont on parle ouvertement". "Oh ! Oui, nous allons en parler. Si c'est assez important pour menacer l'unité de cette famille, nous allons

chercher ce qui ne va pas. Je peux te dire que je ne continuerai pas à vivre ainsi. Je suis une femme, une épouse, ayant des désirs normaux d'intimité avec mon mari lequel, soit-dit en passant, j'aime tendrement. Je veux savoir s'il y a quelque chose en moi qui me rend inacceptable ou si quelque chose t'ennuie. Si c'est une maladie - émotionnelle ou physique - il y a des mesures à prendre, si tu le veux. Mais nous devons tirer cette affaire au clair. Je sais que ce n'est ni romantique ni séduisant de mettre ainsi cartes sur table, mais cela peut le devenir plus tard une fois que nous aurons compris ce qui ne va pas."

Après un long silence, son mari expliqua finalement qu'il se sentait coupable d'avoir bu, d'avoir négligé son travail, coupable des conséquences que cela avait eues pour sa famille et coupable aussi d'avoir eu plusieurs liaisons anodines impliquant des relations sexuelles avec d'autres femmes.

"Je ne parviens simplement pas à oublier ces choses - pas tout de suite. Mais je peux te dire que je me sens beaucoup mieux à présent que tu m'as fait savoir que tu me désires réellement et que tu tiens à moi, même si je me suis conduit en goujat pendant si longtemps."

Cette jeune femme rapporte qu'à présent elle sait ce qu'est une lune de miel, bien qu'elle ne l'ait jamais su avant, pas même au tout début de leur union !

Le point de vue d'un membre AA :

« L'épouse non alcoolique est troublée et désorientée par l'inadaptation sexuelle qu'elle attribue, il va sans dire, uniquement à l'alcoolisme.

« Bien qu'elle ait appris dans Al-Anon que nul ne peut comprendre les motivations d'une autre personne, elle est déconcertée par son incapacité à comprendre ce qui a pu arriver à son mariage ! »

L'explication suivante, venant d'un alcoolique sobre depuis longtemps dans AA, est présentée comme le point de vue d'un homme face à cette situation. Elle peut être typique ou non, mais elle aidera à jeter un peu de lumière sur l'attitude de l'alcoolique devenu sobre :

« J'ai parlé des problèmes matrimoniaux et de leurs causes à beaucoup de membres AA, et ce que j'ai à dire ici est un mélange de ce que je sais par expérience personnelle et de ce que j'ai appris des autres.

« Le problème sexuel de l'alcoolique devenu sobre semble trouver son origine dans un conditionnement si compliqué qu'il est difficile, sinon

impossible, d'expliquer même les versions portées à ma connaissance. Je tiens à souligner que mes conclusions ne peuvent pas s'appliquer de façon générale, mais seulement à certaines situations particulières.

« Je crois que souvent nous pourrions avoir une meilleure idée du problème si nous considérions davantage les raisons premières du mariage et comment chacun des partenaires, selon sa personnalité fondamentale, réagit face à l'autre.

« Par exemple, la dépendance de l'alcoolique est une caractéristique bien connue. Il tend à rechercher une épouse maternelle, quelqu'un sur qui il peut s'appuyer. Quand il rencontre une femme qu'il désire épouser, c'est par conséquent quelqu'un qui possède un instinct maternel très développé et qui, en retour, désire un homme à choyer et à protéger.

« Il semblerait que deux personnes de ce genre puissent en fait se compléter et former un mariage idéal, puisque chacun apporte à l'autre ce dont il a besoin. Mais une relation mère-enfant est, au départ, une base fragile pour un mariage adulte.

« Mis à part l'alcoolisme, ils se dirigent déjà vers des difficultés.

« Alors quand l'alcoolisme vient accentuer la dépendance du buveur et que le fardeau devient trop lourd pour l'épouse, elle cherche refuge dans l'apitoiement et le ressentiment.

« Si inconsciente soit-elle, son attitude envers son mari n'est pas orientée de façon à le transformer en un homme responsable. Son attitude à lui envers elle, à mesure que son besoin de boire devient de plus en plus contraignant, en est une de désappointement inconscient, que maman lui a fait défaut en s'attendant à ce qu'il devienne adulte.

« Quand un tel homme trouve la sobriété dans AA et qu'il décide réellement de suivre le programme des Douze étapes, il est inévitable que cela engendre dans leurs relations conjugales, des changements auxquels ni l'un ni l'autre ne sont préparés. Il est déterminé à devenir adulte, à assumer ses responsabilités, à mettre sa sobriété au profit de sa vie d'adulte. Il veut surmonter sa dépendance, dépasser le stade de la 'maman'. Mais ce souhait ne peut pas, de lui-même, changer l'attitude ou le comportement de sa femme, et le fossé entre eux s'élargit. Ils ne peuvent jamais retourner au stade initial de leur mariage, car il ne veut plus s'appuyer sur elle.

« Puisque dès le début, sa femme a représenté pour lui l'image d'une mère, il se peut également qu'il éprouve certains sentiments,

profondément enracinés en lui, au sujet de ses relations maritales avec elle, ce qui tendrait à l'éloigner d'elle en tant que partenaire sexuelle.

« Je ne dis pas que tout ceci est clairement compris par les personnes impliquées dans une telle situation. Mais si cette situation existe et elle peut amener des bouleversements dans leurs relations au point qu'aucun des deux ne pourra les tolérer. Une autre façon d'essayer de visualiser cette difficulté est de prendre conscience que fondamentalement l'alcoolique manque de sécurité et que, par conséquent, il cherche un partenaire plus fort que lui. Qu'on l'appelle une image-mère, une image-père ou une image-Dieu, mentalement, il la construira à la dimension de ses besoins et protégera soigneusement cette image contre tout ce qui pourrait en exposer la faiblesse ou en réduire l'importance dans son esprit.

« J'ai connu beaucoup d'hommes alcooliques qui étaient si robustes et virils que nul ne les aurait imaginés comme des êtres dépendants, surtout d'une femme. Ils pouvaient se plaindre de leur épouse d'une manière superficielle : *"c'est une piètre cuisinière, une maîtresse de maison sans initiative, qui ne fait rien sinon aller au cinéma et jouer aux cartes"*, mais de telles récriminations sont utilisées seulement comme excuse pour boire et sont, par conséquent, sans signification. Ils ne parlent jamais de leurs épouses comme étant faibles, sans défense ou stupides. C'est une chose qu'ils ne feraient jamais parce qu'alors, ils détruiraient le rempart protecteur qu'elles représentent pour eux, leur bouclier contre un monde menaçant.

« L'alcoolique attribue souvent à son épouse des caractéristiques et des attitudes qui n'existent que dans son esprit. Il peut la placer sur un piédestal, la considérer comme une sorte de déité, non pas douce et miséricordieuse, mais punisseuse. Cela aussi correspond en lui à un besoin désespéré. Accablé par sa terrible culpabilité, l'alcoolique recherche en fait la punition parce qu'il veut que son sentiment de culpabilité soit allégé. Et lorsque sa femme le démasque, se répand en injures contre lui, se querelle avec lui, le "coupable" éprouve du soulagement comme s'il avait payé pour ses péchés. De cette façon, elle entre directement dans son jeu et lui fournit l'excuse recherchée pour continuer à boire. En même temps, elle s'est libérée de ses sentiments refoulés devant l'irresponsabilité et le manque d'égards de son mari et, dans cette interaction malsaine, le mariage avec un alcoolique se prolonge souvent, année après année, sans que ni l'un ni l'autre ne fasse aucun effort pour sortir de ce cercle destructif.

« Si elle est douce et d'une patience à toute épreuve, cette image amplifie sa culpabilité et le pousse davantage à rechercher l'oubli dans l'alcool.

« Mais dans un cas comme dans l'autre et qu'il boive ou qu'il soit devenu sobre, il l'a inconsciemment forcée à demeurer sur un piédestal où il a le sentiment qu'elle est inaccessible.

« Étant alcooliques, nous nous sentons comme des rustres qui n'ont pas le droit de faire l'amour à une personne qui occupe une position aussi élevée dans notre vie. Dans certains cas, nous avons l'impression d'avoir pris part aux plaisirs du 'diable' et par conséquent, nous ne nous sentons pas à l'aise avec un 'ange'.

« Parfois, à cause des sordides implications qui peuvent survenir pendant une période d'inconscience causée par l'ivresse, ou même à cause du jugement faussé que produit l'euphorie alcoolique, il peut établir un parallèle entre l'alcool et le sexe comme étant deux choses mauvaises et, une fois qu'il a pris des mesures pour surmonter son penchant pour l'alcool, il se dérobe aussi à toute activité sexuelle.

« Dans d'autres cas, les difficultés rencontrées pour réussir un accord sexuel après la sobriété peuvent être dues à une attitude trop rigide de la part de l'épouse. Supposons qu'une crise ait amené l'alcoolique chez AA. Il commence à corriger ses défauts de caractère, il apprend à regarder la vie d'une manière plus réaliste. Tandis qu'il s'efforce de revenir lentement à un état d'esprit sain, sa femme continue peut-être à lui reprocher ses fautes passées. Elle peut lui en vouloir pour son dévouement envers AA qui l'entraîne à tant de réunions. En d'autres mots, il évolue alors qu'elle est encore aux prises avec ses anciens ressentiments qui maintiennent sa colère et sa confusion.

« Il me semble que le seul espoir d'aplanir les difficultés de ce genre est que l'épouse se tourne vers Al-Anon où elle peut apprendre à comprendre plus clairement la situation dans laquelle elle se trouve et comment elle pourra corriger ses propres défauts qui ont contribué à créer la fissure dans leur mariage. Une fois qu'elle aura découvert qu'elle n'était pas entièrement sans reproche dans tout ce qui est arrivé, ils pourront avancer ensemble et établir des relations basées sur le respect, la tolérance et l'affection mutuelle. »

Lorsqu'un mariage est aux prises avec des problèmes sexuels, la première chose à rejeter est l'idée que l'un ou l'autre des partenaires est en faute. Les deux sont incontestablement malheureux, les deux cherchent aveuglément des réponses et invariablement, les deux se blâmeront mutuellement de ce qui ne va pas dans leurs relations.

Ceci met les deux partenaires sur la défensive et ne contribue en rien à solutionner le problème. En fait, cela peut aggraver sérieusement la situation. Il est préférable de penser que les relations conjugales ont besoin d'être améliorées. Sans nous en rendre compte, nos propres attitudes destructives peuvent empirer nos problèmes sexuels.



Affiche publicitaire (vers 1870)

3/ LES DIFFÉRENTES ATTITUDES DES ÉPOUSES

*« Le bonheur de l'homme, en amour,
« se proportionne à la liberté dont jouissent les femmes. »
(Charles Fourier)*

Parmi les attitudes mises à jour au cours de conversations entre membres Al-Anon, nous trouvons :

A/ La sceptique

Si l'épouse éprouve encore des doutes déconcertants au sujet de son mari - à savoir si réellement il demeurera sobre et sera un partenaire fiable dans le mariage - cela peut aussi créer des difficultés sur le plan sexuel. Sa longue expérience durant les années où il buvait peut lui avoir laissé la crainte d'être blessée. Elle ne peut pas facilement se laisser aller et s'abandonner entièrement aux soins d'un autre, ne fut-ce qu'un moment. Pareil doute peut affaiblir chez une femme sa capacité de répondre sexuellement aux avances de son mari. De tels problèmes disparaissent souvent à mesure que le mariage lui-même s'améliore et que les partenaires se rapprochent l'un de l'autre avec une confiance grandissante.

B/ La dominatrice

Pour la femme qui résiste à l'idée de lâcher les guides et de permettre à son mari de reprendre ses responsabilités, le domaine sexuel peut être la dernière forteresse où elle peut s'affirmer. Quelle façon cruelle et subtile de lui dire qu'il n'est pas le maître lorsqu'elle refuse de réagir avec plaisir à ses avances sexuelles ! En reportant inconsciemment ses frustrations sur lui, voici ce qu'elle dit réellement :

"Tu penses peut-être que tu es le maître, mais nous savons tous les deux combien tu es inadéquat. Ici, dans la chambre, où ta virilité est en cause, tu ne peux pas me contrôler et obtenir de moi ce que tu désires."

Cette attitude destructive crée une hostilité qui ébranle les bases mêmes du mariage. Une expérience similaire fut racontée lors d'une réunion Al-Anon et lorsque les membres s'étonnèrent de l'attitude de la femme, celle-ci avoua qu'elle ne s'était même pas rendu compte que la cause de son attitude était un refus inconscient de réintégrer son mari comme chef de famille. Après qu'elle ait été éclairée sur son attitude, elle parvint à modifier son comportement et quelques mois plus tard, elle rapporta à sa marraine que tout allait bien maintenant.

C/ La punisseuse

Voici probablement la réaction la plus courante devant l'alcoolique : "Je suis bonne, il est mauvais : Il mérite d'être puni." Ou : "Il me fait souffrir, alors je le ferai souffrir".

Punition, vengeance : Elles n'aident personne, prolongent la période d'alcoolisme actif et élargissent la fissure déjà existante dans le mariage. Tout ce qui est écrit et dit, ou transmis de quelque façon que ce soit dans le programme Al-Anon, insiste sur le fait que personne n'a le droit de punir quelqu'un d'autre.

Ajoutons à cela que l'alcoolique souffre d'une maladie et que la punisseuse a peu, sinon rien, qui puisse justifier son comportement.

Un membre confessait au cours d'une réunion Al-Anon : "J'ai eu beaucoup de difficultés à me débarrasser de la conception de l'alcoolisme en tant que problème moral. Je ne pouvais m'empêcher de considérer mon mari comme un être mauvais, délibérément mauvais, quelqu'un qui pourrait être bon si seulement il le voulait. Je récompensais et punissais tout comme si j'étais Dieu. Une de mes armes principales était le sexe. S'il se 'conduisait bien', je couchais avec lui ; s'il se 'conduisait mal', je me refusais à lui même si, en fait, je n'éprouvais aucune répulsion personnelle à son égard. Je le privais de sexe même quand j'en avais moi-même le désir, seulement pour le punir. Je peux comprendre qu'une femme ressente un profond dégoût envers un homme en état d'ivresse et refuse tout contact physique avec lui. C'est une raison valable pour le repousser ; mais moi, je n'avais même pas cette excuse".

D/ La femme martyre

"Ainsi tu souffres", faisait remarquer une Al-Anon à une autre membre qui se plaignait de son triste sort dans la vie. "D'accord, tu cuisines, tu nettoies la maison et tu prends soin des enfants. Tu fais ton travail, les corvées domestiques qui incombent à ton mari et tu te portes volontaire pour d'innombrables activités dans ton quartier. Se pourrait-il qu'il te plaise d'avoir l'excuse d'être 'trop fatiguée' lorsque ton mari désire faire l'amour ?

"Et lorsque tu dis que par ses exigences sexuelles tu sens qu'il 'abuse' de toi, ne vois-tu pas que c'est exactement le même sentiment que tu ressens devant ta vie en général ? Tous tant que nous sommes, nous nous apitoyons sur nous-mêmes à certains moments, particulièrement si nous avons connu l'enfer qu'est la vie avec un buveur actif, mais ton mari est sobre maintenant et tu devrais apprendre comment te

débarrasser de certaines attitudes qui t'empêchent de vivre pleinement et d'apprécier chaque jour. Alors pourquoi ne pas abandonner ce rôle de martyr et profiter des plaisirs de la vie ! "

E/ Le conjoint exigeant

Dans ce cas, c'est le mari alcoolique devenu sobre qui semble poser un problème à sa femme. Voici une histoire qu'une femme Al-Anon raconte :

"Mon mari était toujours très exigeant en ce qui concerne le sexe. Il me semblait qu'il en parlait constamment. Il me faisait des approches quand j'étais fatiguée, malade, troublée ; il insistait même pour passer immédiatement à l'action alors que nous avions des invités ou que c'était l'heure de coucher les enfants. J'avais l'impression que ce n'était pas raisonnable mais, malgré tout, je me croyais fautive parce que je ne pouvais accepter d'avoir des rapports sexuels aussi souvent qu'il le souhaitait. Il prétendait que j'étais frigide et plus il me harcelait, moins j'étais encline à accepter. Plus je devenais froide, plus le sujet devenait brûlant.

"Finalement, ses exigences constantes me répugnaient tellement que j'avais l'impression d'être vraiment frigide. Le sexe n'avait plus d'attrait pour moi et je ne voulais même plus en entendre parler.

"Un soir, à une réunion Al-Anon, on invita un médecin comme conférencier. Quelqu'un lui posa une question au sujet d'un problème qui ressemblait beaucoup au mien. Sa réponse me causa un véritable choc - je ne pouvais y croire ! Il suggérait à l'épouse de feindre que brusquement elle était devenue très intéressée au sexe, et d'insister auprès de son mari à chaque occasion.

"Sa théorie était celle-ci : Certains hommes qui donnent une telle importance à la question sexuelle sont inquiets au sujet de leur propre virilité, ils essaient de prouver quelque chose afin de se rassurer eux-mêmes. Peu importe que leurs avances soient fréquemment refusées, en fait, ils y comptent bien. Leurs demandes répétées et déraisonnables ont pour but de se convaincre qu'ils sont de vrais mâles aux puissantes pulsions sexuelles.

"N'ayant rien à perdre, je décidai d'essayer sa suggestion. Je lus des livres sur la sexualité et les discutais avec mon mari. Je me comportais avec lui comme s'il était un jouet destiné à mon amusement personnel. Eh bien ! Il se mit à regarder le dernier programme à la télé, à être très fatigué à l'heure du coucher, à se montrer froid quand je l'approchais. Je pense que j'ai dû lui faire peur !

"Depuis lors, nous sommes arrivés à une bonne compréhension sur le sujet et avons trouvé un agréable terrain d'entente qui s'avère enchanteur pour nous deux".

L'identification qui nous intéresse ici doit avoir une base extrêmement solide. Le respect des exploits du boire et du sexe est étroitement lié. Celui qui ne boit pas a une réputation de faiblesse. La consommation d'alcool commence à la puberté, c'est-à-dire quand l'homme veut se faire valoir comme tel. Celui qui ne trinque pas est considéré comme un demeuré. La réputation de savoir boire est particulièrement appréciée à la période de la virilité débutante. Lorsque la puissance sexuelle s'éteint, l'âge venu, l'homme a volontiers recours au plaisir de l'alcool, substitut de sa virilité qui s'évanouit.

L'homme est attaché à l'alcool qui accroît son sentiment de puissance, car il flatte son complexe de virilité. Sa constitution psychosexuelle porte beaucoup moins la femme à s'adonner à l'alcool. La poussée de la pulsion sexuelle féminine est moindre et les résistances à l'encontre des manifestations de cette pulsion sont plus marquées. Nous avons souligné le refoulement pubertaire. Les résistances psychiques de la femme excitent l'homme dont l'initiative énergique plaît à la femme. La fille n'a aucun motif de s'adonner à l'alcool à la puberté. L'alcool lève les effets du refoulement et les résistances. Ainsi dépouillée, la femme perdrait sa séduction. Vraisemblablement, les femmes ayant un penchant marqué pour l'alcool ont-elles une forte composante homosexuelle qu'une observation approfondie nous révélerait ?

La facilitation du transfert sexuel et la suppression des effets du refoulement par l'alcool ne sont pas seulement transitoires, mais également chroniques. Les buveurs habituels présentent une démesure caractéristique des sentiments, ils sont lourds et confiants, ils considèrent chacun comme un vieil ami et montrent une sensiblerie efféminée. Ils perdent le sentiment de la honte, inutile d'insister ici sur les scènes que vivent les enfants d'un buveur. Bref, tous les sentiments élaborés grâce à la sublimation sont détruits.

Nous pouvons trouver d'autres analogies entre l'alcoolisme et les perversions sexuelles. Les recherches de Freud nous ont instruits des relations intimes qui existent entre la perversion et la névrose.

S. Freud a montré que de nombreux symptômes névrotiques expriment les fantasmes sexuels pervers refoulés et constituent par là une sorte d'activité sexuelle des patients. Le patient, constamment, oppose une extraordinaire résistance à l'essai d'analyse psychologique de ces

symptômes. Cette résistance s'explique par le refoulement de complexes sexuels. La tentative de résolution psychanalytique des manifestations pathologiques se heurte à la dénégation, si justifiée que soit la question du médecin. Au lieu des vrais motifs, le patient apporte des motifs écrans. L'alcoolique aussi nie jusqu'à la mort des faits indiscutables. Pour son alcoolisme, il dispose de tout un choix de motifs écrans. Il se défend de toute tentative d'approfondissement. Le névrosé se bat pour ses symptômes car ils lui servent d'activité sexuelle. Je pense pouvoir conclure que c'est pour la même raison que le buveur défend son alcoolisme.

Un autre point de vue semble digne d'être mentionné. Les représentations à contenu nettement sexuel jouent un grand rôle parmi les manifestations pathologiques des alcooliques. Je fais allusion à la jalousie bien connue des buveurs qui va jusqu'au délire.

Des faits dont je n'entreprendrai pas l'exposé m'inclinent à penser que c'est la diminution de la puissance sexuelle qui donne lieu à la jalousie de l'alcoolique. Le buveur utilise l'alcool comme source de plaisirs faciles : il se détourne de la femme au profit de l'alcool. Cet état de fait est très pénible, il le refoule, tout comme fait le névrosé, et procède simultanément à un déplacement qui nous est connu dans le mécanisme des névroses et des psychoses. Son sentiment de culpabilité se mue en une accusation de sa femme : elle lui est infidèle.

Les relations sont donc multiples entre l'alcoolisme, la sexualité et la névrose. Il faudrait parvenir à utiliser pour l'analyse de l'alcoolisme une technique analytique qui nous permettrait de pénétrer la structure des névroses.

Dans bien des cas de morphinomanie, la psychanalyse découvre des relations surprenantes entre la sexualité et l'abus du narcotique. Rappelons-nous aussi la conduite énigmatique de tant de personnes nerveuses vis-à-vis des narcotiques. Les hystériques priaient souvent le médecin d'éviter avant tout de leur prescrire de la morphine ou de l'opium, car ils ne le supportaient pas ; ils rapportaient alors des expériences passées désagréables.

Il semble bien que les narcotiques provoquent une excitation sexuelle chez certains hystériques du fait de leur constitution psychosexuelle particulière, cette excitation est convertie en symptômes corporels et en angoisse. Peut-être l'intolérance à l'alcool si fréquente chez les nerveux a-t-elle une racine similaire. Une autre observation étonnante concernant les malades mentaux : Lorsqu'on injecte un narcotique sous la peau de ces patients, ils l'éprouvent souvent comme un viol sexuel, la seringue et son liquide étant interprétés symboliquement.

Comme on le voit, la recherche psychologique en matière d'alcoolisme nous pose suffisamment de problèmes. Les influences extérieures, par exemple sociales, les erreurs pédagogiques, le poids de l'hérédité ne fournissent pas à eux-seuls une explication de l'alcoolisme. Un moment individuel s'y ajoute. Son étude est une tâche des plus urgentes. Elle ne me semble possible que si l'on considère les relations entre l'alcoolisme et la sexualité.



Exposition : *La Muse Verte*

4/ ET L'AMOUR DANS TOUT ÇA...

À PROPOS DE LA FAMILLE

*« L'intelligence soigne et l'amour guérit. »
(un adage célèbre)*

Les conjoints réagissent sur le modèle des conjointes : de façon adaptée ou pas, tout dépend des liens qui régissent le couple.

Certains conjoints souffrent du problème d'alcool de leur femme, car d'une part ils assistent à leur détérioration et d'autre part parce que cette dépendance perturbe considérablement leur vie de couple, leur sexualité. En tant que pères, ils vivent douloureusement la souffrance des enfants.

Ces maris-là peuvent « craquer » et se lasser si l'alcoolisation persiste : la rupture n'est pas loin. Si la stabilisation dans l'abstinence arrive, tout s'arrange.

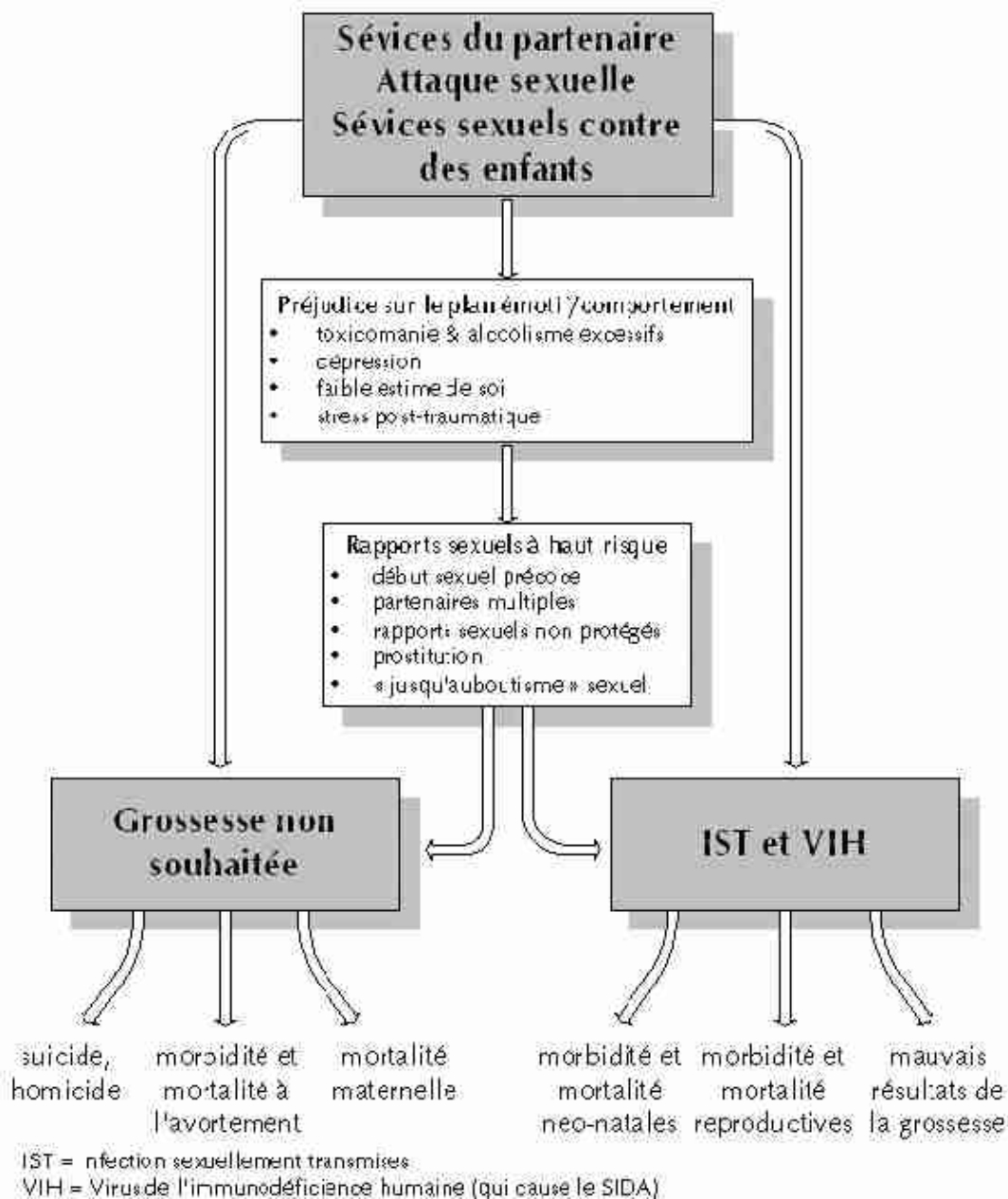
Par contre, il existe aussi des maris qui ont un bénéfice psychologique, souvent inconscient, à ce que leur femme s'alcoolise.

Ils jouissent de leur position d'homme courageux, victime d'une femme qui leur en fait voir... et qui, après avoir fait des efforts pour faire venir leur femme en cure, se trouvent démunis quand elle va mieux. Il s'agit alors d'une pathologie conjugale où l'alcool joue un rôle majeur, et il est souhaitable que le mari se soigne également. C'est une bonne indication pour la thérapie de couple. N'oublions pas les enfants qui sont les premières victimes des alcoolisations.

Malheureusement dans notre époque, l'alcool touche de plus en plus de jeunes gens comme les adolescents. Les adolescents, l'alcool et le sexe sont concomitants depuis des siècles, mais il y a un revers - les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmises, les regrets et les troubles émotionnels. L'État édite des brochures pour informer et pour aider les adolescents, leurs professeurs et leurs parents.

En France, ces conseils sont dispensés au moyen de petits dépliants censés imprimer des slogans de prudence dans le mental des jeunes. Depuis que le Haut Comité d'Étude et d'Information sur l'Alcoolisme ne dépend plus du Cabinet du Premier Ministre mais du Ministère de la Santé, cette dernière instance gère, le plus souvent au coup par coup, la rédaction et la diffusion de ses écritures.

Au Canada, l'accent préventif est beaucoup moins axé sur les conséquences routières ou contraventionnelles. La dernière brochure, publiée à l'origine il y a une dizaine d'années par Brook, a été réécrite en liaison avec le Service de l'Éducation à la Santé. Il a comme objectif d'aborder les liens entre l'alcool et les relations sexuelles et personnelles.



Violence contre les femmes :
Voies directes et indirectes conduisant à une grossesse non souhaitée
et à des infections sexuellement transmissibles

Un porte-parole de Brook ajoute : "Un lien extrêmement significatif, mais souvent oublié existe entre les jeunes buvant de l'alcool et leur santé sexuelle".

"Substance qui baisse les inhibitions, l'alcool a un rôle clé en poussant les jeunes gens à faire des choses qu'ils regrettent ultérieurement, incluant d'avoir des relations non protégées."

La recherche récente indique que la consommation d'alcool parmi des adolescents s'accroît et qu'il y a un faible niveau de sensibilisation aux conséquences à long terme ainsi qu'aux conséquences immédiates de l'alcool.

Les jeunes gens ont deux fois plus de relations non protégées sous l'influence de l'alcool. Un sondage a aussi révélé que près de 15% de jeunes femmes et 20% de jeunes hommes signalent l'alcool comme un facteur majeur lors de leur première relation. La première relation sous l'influence d'alcool ou de drogues est non prévue, et la contraception n'a pas été discutée préalablement. De manière non surprenante, les femmes qui disent que leur première expérience sexuelle avait été sous l'influence de l'alcool étaient celles qui avaient le plus de regrets.

Pour mieux aider les familles en difficultés, en 1993 l'Unité mère-enfant a ouvert ses portes.

C'est un projet expérimental qui consiste à soigner la mère sans la séparer de son enfant pour le bien des deux.

Pour la maman d'abord, car l'enfant est une motivation pour se soigner, ne serait-ce que pour ne pas le perdre, car l'alcoolisme de la maman peut amener un juge des enfants à le protéger de sa mère. Mais aussi, il peut être un frein, car si la cure est nécessaire, jusqu'alors il y avait séparation, et l'enfant se retrouvait dans une famille d'accueil ou dans une pouponnière. Nous touchons le plus souvent des femmes très isolées, jeunes, n'ayant aucune solution familiale pour faire garder leur enfant. Cette solution de cure à deux leur évite la culpabilité supplémentaire d'un placement. Toutes les femmes qui viennent accompagnées de leur enfant rappellent qu'elles ne seraient jamais venues sans lui.

Ainsi elles se soignent plus tôt dans leur parcours : On leur a fait gagner du temps.

Pour le petit enfant, l'absence de rupture est un élément majeur dans la construction de sa personnalité. Même alcoolodépendante, rien ni personne ne peut remplacer sa mère, il ne la juge pas, il en a besoin.

Les pédopsychiatres savent que les ruptures dans la petite enfance donnent une perte de confiance en soi et un sentiment d'insécurité qui les marqueront.

Par ailleurs, beaucoup de ces enfants ont des troubles physiques, par le syndrome d'alcoolisme de leur maman : Ils ont besoin de l'attention d'une équipe spécialisée pour en faire le bilan.

Malheureusement on voit dans ces familles, entre les parents, des mésententes sexuelles et relationnelles qui mènent chez la plupart inéluctablement vers le divorce.

Après enquête des statistiques judiciaires, nous constatons que deux-cinquièmes des divorces sont dus à l'intempérance d'un des deux conjoints, qui est aussi responsable de plus de la moitié des déchéances paternelles. Bon nombre d'accidents de la route et du travail, de crimes, délits et suicides sont la conséquence de l'alcoolisme. Il est important d'insister sur la présence de l'alcool à des degrés divers dans presque tous les crimes sexuels.

L'hérédité alcoolique est souvent étonnement contestée mais, de toute évidence, les enfants d'alcooliques présentent beaucoup plus fréquemment que les autres des troubles physiques et mentaux et des anomalies dans leur comportement moral et social. Il suffira encore de constater que 50% des alcooliques ont un père ou un frère alcoolique pour se convaincre de l'importance du facteur héréditaire, de même que la co-morbidité avec d'autres affections ne laisse plus de doute sur les facteurs génétiques de la maladie.

Un dernier mot sur les cas des couples qui s'alcoolisent et qui ont des enfants. Tous les professionnels considèrent qu'il est crucial, si l'alcool touche les deux parents, qu'ils se soignent ensemble, en compagnie de leur enfant. Il s'agit alors d'une démarche de soins qui concerne toute la famille. Nombre de ces couples disent : « l'alcool de l'un entraîne l'alcool de l'autre », et quand ils se soignent alternativement, la rechute est automatique. La solution de cure à trois est vécue, pour les familles qui en ont fait l'expérience, comme une découverte de leur conjoint et de leur enfant et de leur propre place dans la famille sans être parasitées par l'alcool. Ils sortent enfin du tunnel.

CHAPITRE IV

PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE DES ALCOOLIQUES

*« On ne peut guérir un alcoolique, si on ne l'aime pas. »
(Pr Champeau)*

La thérapeutique qu'on peut employer auprès des malades alcooliques se situe en trois périodes : avant – pendant – après la cure.

Nous ne pouvons les dissocier les unes des autres. Chacune d'entre elles a, en son temps d'application, une grande importance pour la guérison stable et durable du malade et de sa famille. Situées dans des circonstances différentes, elles n'en demeurent pas moins indissolubles et complémentaires.

Cette affirmation est fondée par de nombreuses expériences au cours desquelles les malades qui se trouvent dans toutes les conditions requises accèdent à la guérison dans un délai plus ou moins long.

1/ AVANT SEVRAGE

La première période dite de « préparation à la cure », se situe surtout au niveau familial. Malheureusement, pour certains malades ce niveau n'existe plus : il a souvent été détruit du fait de la maladie alcoolique elle-même ; pour d'autres il n'a jamais existé. Chez ces personnes on constate souvent des cas suicidaires, des cas d'inceste et des cas de violence. Certains malades n'ont jamais pu créer de foyer, ce sont les cas dits des « isolés ». Parmi eux, on trouve également des personnes qui ont commis des crimes sexuels.

Il existe aussi des cas intermédiaires, par exemple lorsqu'une femme ne veut plus voir son mari, la maladie alcoolique de son époux l'ayant obligée à élever seule les enfants, à gérer avec difficultés le budget familial, à subir son mari malade et les propos souvent humiliants de l'entourage, ou bien elle fait partie des femmes qui ont été agressées. Ce peut être une agression physique ou psychologique.

La première tâche est donc en ce cas d'aider la femme à reprendre confiance en elle-même, de croire à la possibilité de guérison, lui

redonner l'espérance d'un avenir meilleur pour son mari, non pas en dehors d'elle, mais avec elle et avec les enfants qui doivent s'associer à la guérison.

C'est au buveur guéri et à sa conjointe qu'il appartient d'avoir ces premiers contacts avec les foyers spécialisés. Leur propre expérience permettra à l'épouse, d'une part, de prendre conscience du rôle qu'elle doit remplir auprès de son mari pour lui faire admettre et comprendre sa maladie. L'intervention d'un buveur guéri, d'autre part, agissant près du malade, celui-ci lui fera confiance à travers l'identité du vécu et dans ce climat d'amitié il en arrivera à désirer et vouloir lui-même sa guérison. Il y a une chose très importante qu'on ne peut pas oublier : les malades qui souffrent parfois de crises de jalousie insupportable.

La jalousie des alcooliques est conçue par K. Abraham (1908) comme une défense contre l'homosexualité. Cette homosexualité est également pour S. Ferenczi (1911, d'après J. Adès, 1988) le point de départ des idées de jalousie. Le désir homosexuel refoulé et réprimé, se mue en agressivité et en une méfiance pouvant aller jusqu'au délire. Il écrit à propos de l'analyse d'un délire de jalousie chez l'alcoolique : « il s'était donné à la boisson du fait de l'opposition insoluble entre ses désirs hétérosexuels conscients et ses désirs homosexuels inconscients ; par la suite, l'alcool, en détruisant la sublimation, ramena en surface l'érotisme homosexuel dont la conscience ne parvient à se débarrasser que par la projection, c'est-à-dire le délire de jalousie paranoïaque ».

Pour l'homme alcoolique, la femme est investie comme objet partiel fonctionnel. Si elle s'éloigne de la fonction que le sujet en attend, celui-ci se sent abandonné, trahi, envahi par un sentiment de catastrophe, de désagrégation profonde. Sa réaction peut s'accompagner d'une forte agressivité et notamment d'un sentiment de jalousie. Cette jalousie n'est nullement fondée sur l'amour, avec d'une part un objet aimé et d'autre part la mise en place et l'élimination d'un rival dans une relation triangulaire œdipienne. Elle est dérivée de l'envie et s'inscrit dans une relation duelle où le sujet envie l'objet pour quelque propriété ou qualité.

Dès que l'alcoolique ressent que sa femme lui témoigne moins d'affection, il éprouve un sentiment de trahison qui peut entraîner l'apparition d'une haine englobant l'objet défaillant, le monde entier et pas seulement un rival hypothétique. Pour P. Noiville (1982), « la jalousie revêt plus un caractère d'exclusivité globale et passionnelle qu'un caractère objectal et sexuel, s'étendant aux enfants, aux beaux-parents, au monde entier, elle débouche sur une revendication affective effrénée ». Les autres sont perçus comme détournant de lui l'objet vital, la femme, qui a pour fonction d'être une bonne mère.

En résumé, la période de « préparation à la cure » est celle des prises de contacts avec le malade, avec les membres de sa famille, ceux de l'entourage dans le quartier ou au travail ; et pour les isolés ceux qui, suivant le cas, sont susceptibles d'aider le thérapeute et d'aider le malade.

Le but recherché est de faire découvrir au malade et à tous ceux qui y participent ce qu'est la maladie alcoolique et la reconnaître comme telle. Partant de là, on peut arriver à la cure volontaire. Ceci étant acquis, le rôle du sexologue est maintenant d'orienter le malade vers la structure la mieux adaptée au cas particulier.



Vincent Van Gogh
Nature Morte avec Bouteille et Assiette (1886)

2/ PENDANT LE SEVRAGE

*« Les seules connaissances qui puissent influencer
« le comportement d'un individu
« sont celles qu'il découvre lui-même
« et qu'il s'approprie »
(Carl Rogers)*

Dans cette période, les malades sont très fragiles sentimentalement. Ils ont besoin d'un thérapeute pour régler leur vie sexuelle, ils ont peur de ne pas réussir. Ils ont besoin d'être soutenus pendant les crises de jalousies, les crises de dégoût. Exacerbés par leur culpabilité, ils se considèrent comme des personnes laides et dégoûtantes.

Ce dégoût, on le retrouve certes chez les alcooliques bien avant, mais surtout pendant le sevrage.

Dans les couples ayant un problème avec l'alcool, soit la femme, soit l'homme, ou peut-être les deux, sont alcooliques, et c'est leur relation qui est imprégnée par le dégoût.

Le dégoût est dans toute sa forme, ce qui veut dire qu'il y a un certain dégoût de soi, dégoût de l'autre et dégoût de la sexualité. Ce qui est le plus important, c'est le dégoût de la vie tout simplement. Il est très notable que la sensation du dégoût est accompagnée par une autre impression : la laideur.

La laideur est présente aussi psychologiquement que physiquement. La personne ne s'occupe plus de sa tenue vestimentaire, elle ne cherche plus à être attirante, séduisante. La séduction perd sa valeur puisqu'elle n'en a plus besoin. Les schémas érotiques ont disparu, la personne n'est plus érotique. Bien au contraire, l'individu enraciné dans l'alcoolisme est repoussant, négligé : se sentant mauvais, il donne une mauvaise image de lui.

Le rôle du sexologue est nécessaire aussi pour éveiller ou réveiller le désir, arriver à faire comprendre au malade que pour une vie harmonieuse, l'abstinence est nécessaire pour pouvoir apprécier la sexualité et pour changer l'image de soi et encore pour reprendre confiance en soi et ramener la confiance des autres.

Maladie de l'Homme, le traitement de l'alcoolisme est encore souvent sur-médicalisé. Les substances psychotropes utilisées pour l'abstinence, ont systématiquement tendance à diminuer la puissance sexuelle. D'autres médicaments à base d'hormones sexuelles peuvent

certes être prescrits, mais, en plus d'être dangereux, ils n'ont aucune valeur thérapeutique.

Selon l'état du malade, il appartiendra au praticien de déterminer le mode de cure approprié, soit en cure hospitalière, soit en cure ambulatoire.

L'envie de boire est un besoin « ici et maintenant », le comportement de l'alcoolique est un deuxième langage et les malades établissent une certaine façon de boire tout à fait habituelle (réflexe pavlovien).

C'est donc pour leur permettre d'élaborer une stratégie pour lutter contre cette habitude que le médecin choisit selon des critères qui lui sont propres et c'est pourquoi son avis doit toujours être respecté. L'essentiel est que le malade soit volontaire et consente, avec confiance, au mode de cure qui lui est indiqué.

S'il s'agit d'une cure ambulatoire, le malade suivra le traitement sans interrompre ses activités habituelles. Bien sûr, il aura les mêmes relations et nous savons combien certaines de ces dernières seront présentes pour le tenter de boire. Mais, il sera en relation permanente et naturelle avec ses amis qui lui apporteront le soutien nécessaire.

Pour les cures hospitalières, qui seront recommandées lorsque l'entourage du malade est trop nocif ou que le degré d'imprégnation est élevé, il faut tenir compte de l'éloignement de l'hôpital par rapport au domicile du malade et du lieu où se trouve l'équipe de base, les moyens de communication, les temps libres.

Il faut toujours de la compréhension, de la compassion en écoutant le malade s'exprimer, puis en l'orientant vers une nouvelle vie où il y a toutes les possibilités et tout à découvrir à sa sortie de cure.

Les résultats seront d'autant plus durables que le centre aura su recréer un climat familial agréable soit auprès des enfants, soit auprès du conjoint.

Il faut également faire entrevoir les chances de réussite de la guérison, en conseillant au malade de revoir souvent son médecin et aussi en restant en contact avec d'anciens buveurs, puis faire naître ou renaître en lui qu'il peut aussi en aider d'autres à obtenir leur guérison. Les expériences montrent que le malade qui aide d'autres malades assure sa guérison beaucoup plus vite et surtout d'une façon plus stable.

C'est en ce sens que le soutien d'un groupe de parole est devenu presque indispensable, le Dr Haas, alcoologue historique, partageait

avec ses confrères Fouquet et Rainaut l'opinion que « le soutien des groupes ne représente pas seulement une aide importante, mais c'est également la révélation des problèmes et le début d'un nouveau mode de vie ».

Mais en 1975, une enquête révélait que 49% des médecins n'envoyaient jamais de malades vers des groupes néphalistes, c'est à dire composés de personnes ayant décidé de devenir abstinentes.

Il faudrait avoir un échange complet et un discours commun entre les médecins, les infirmiers, les groupes et les malades, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. L'alcoolisation combat souvent le refoulement sexuel, et nécessiterait donc de la part de l'équipe thérapeutique un esprit d'ouverture et de confiance, par exemple en communiquant avec les malades et l'entourage sur leurs problèmes posés par l'alcool dans leur vie sexuelle. Mais de ce sujet, il n'est guère question en milieu hospitalier dans la relation malade-soignant, c'est même certainement le sujet le plus tabou... D'où l'intérêt d'avoir dans une équipe soignante un sexologue, pour mieux partager les dégâts causés par l'alcoolisme, atténuer les contentieux avec l'entourage, et aider à créer un projet de vie intégrant rationnellement le sexe.

Car, pendant la cure, l'action ne se limite pas seulement auprès du malade à apaiser ses souffrances présentes, il faut aussi préparer son retour, en dialoguant avec le conjoint et les enfants, s'il en a.

C'est là le rôle de l'équipe d'action, de voir tous ces problèmes et d'en discuter entre eux, en toute objectivité, de façon à les résoudre au maximum, pour que le malade, rentrant chez lui, trouve une transformation dans sa vie familiale et à son travail, car il faut aussi voir les employeurs et quelquefois également la justice.

Pour arriver à régler certains problèmes – l'équipe soignante ne le peut pas toujours, car souvent ce n'est pas son rôle - elle doit prendre le temps d'en parler avec les personnes intéressées (employeurs, magistrats, services sociaux) de façon que ces derniers agissent à leur place et dans le sens de la guérison du malade en lui offrant ainsi toutes les chances de réussite.

La post-cure est la troisième partie du traitement : Elle n'a pas de durée limitée.

Certains malades ont la possibilité, une fois la cure terminée, d'entrer dans un établissement spécialisé appelé « Centre de Post-Cure » ou *Curatorium* spécialement équipé en personnel, locaux et moyens techniques pour la psychothérapie et l'ergothérapie. Le séjour dans ces

établissements est une étape de réadaptation avant que le malade, fragile, reprenne sa vie quotidienne en famille, au travail et dans son quartier ou son village.

Mais, pour 70 à 80% des malades, ce sera la post-cure en milieu ouvert, c'est-à-dire que dès la sortie de cure ils retourneront dans leur famille et reprendront le travail et toutes leurs habitudes de vie.

Les réussites après une seule cure sont souvent acquises lorsque le malade connaît une bonne ambiance familiale et une vie de travail équilibrée. Mais, cela ne se produit pas d'un seul coup, il faut surmonter les difficultés.

Par exemple, il convient d'aller voir les médecins traitants et malheureusement beaucoup arrêtent trop tôt ces visites, ce qui est, en partie, une cause de rechute. Le malade se croit assez grand seul, mais, après une défaillance physique non suivie d'un traitement médical, il est sujet à rechute.

D'où vient le succès des groupes de paroles où les membres sur place, s'engagent dans des discussions entre les uns et les autres, qui permettent à certains de reprendre courage après une petite déficience morale ou physique.

Cet aspect est important car il occasionne, dans un cadre de psychothérapie collective, la revalorisation de chacun.

Nous savons, par expérience, qu'une méthode de groupe donne des résultats, car elle a pour base l'abstinence totale de toute boisson alcoolisée.

Des familles, des hommes, des femmes retrouvent ainsi leur place dans la société, et surtout, par la formation acquise, découvrent un vrai sens à leur vie. Bien entendu, cela ne se réalise pas toujours de la même façon chez tous les malades, il y en a qui rechutent, d'autres qui n'y trouvent pas ce dont ils ont besoin, mais, heureusement, les groupes permettent une forte majorité de réussites.

Réussites acquises, en premier lieu, par le malade lui-même qui a fait les efforts nécessaires pour obtenir la guérison, car on ne peut pas faire à sa place ce qu'il doit faire, mais on doit tout mettre en œuvre pour qu'il possède toutes les chances de réussite, il faut l'aider à faire ses premiers pas dans sa guérison.

La possibilité qu'un alcoolo-dépendant puisse rétablir une vie sexuelle tout à fait normale sans sevrage, est inexistante. Sinon l'homme va

rester sous l'emprise de l'alcool et ses capacités érectiles vont diminuer et la femme va devenir frigide, in-intéressé par le sexe donc sa vie sentimentale va être déséquilibrée. Mais le sevrage ne va pas restaurer la libido : il ne sauve pas la fonction érotique.

Dans ces conditions, il existe des dépendants qui décident de guérir tout en buvant tous les jours. Ils ne savent pas qu'on ne peut jamais guérir quelqu'un qui n'est pas abstinant.



Geneviève Mazoyer, *Nature morte, bouteille, coupe et pomme*

3/ APRÈS SEVRAGE

*« Ne remettez jamais au lendemain le plaisir
« que vous pouvez goûter le jour même. »
(Aldous Huxley)*

A/ Rôle du conjoint dans la réussite du sevrage

De nombreuses études ont souligné l'importance du soutien du conjoint et de la famille. Les encouragements du conjoint jouent un rôle capital dans le processus de sevrage, au cours duquel les progrès sont trop souvent passés sous silence alors que les échecs sont sévèrement jugés. Il n'est pas rare qu'un alcoolique arrête de boire ou réduise sa consommation d'alcool parce que des changements se produisent dans sa famille. Un traitement a plus de chances de réussir chez les femmes qui trouvent un soutien en leur conjoint.

Cependant, dans presque la moitié des cas, la femme alcoolique a un conjoint qui présente également un problème vis-à-vis de l'alcool, de sorte qu'il existe une corrélation étroite entre le comportement de chacun d'eux. Certains comportements du conjoint peuvent induire la persistance de l'alcoolisme de l'autre, et conduire à l'échec du traitement. De nombreux médecins prennent cela en compte en incluant le conjoint dans des thérapies familiales, ou en le recevant, en présence ou non du patient, pour lui donner des conseils afin qu'il abandonne les comportements qui favorisent l'alcoolisme de l'autre.

B/ L'évolution du couple lors du sevrage : à la rencontre de l'autre

Le conjoint a été le témoin n° 1 de la faiblesse de l'alcoolique.

Le sevrage crée un déséquilibre au sein du couple et de la famille. F. Gonnet (1993) écrit à ce sujet : « Son entourage ne trouve plus son compte face à ce personnage qui n'a plus rien de commun avec celui qu'il connaissait depuis si longtemps ; en redevenant abstinente, il rompt dans un premier temps les équilibres constitués ». L'abstinence du malade va poser des problèmes à son entourage en remettant en cause l'homéostasie du système. La poursuite de l'abstinence va dépendre en grande partie de la souplesse et de la capacité d'adaptation de l'entourage et en premier lieu du conjoint.

Lors de son processus de guérison, le sujet va apprendre à croire en lui en tant qu'être de désir en même temps qu'à différer dans le temps ce désir. La guérison passe par la capacité à élaborer une relation à

l'Autre, à le reconnaître comme une personne à part entière avec ses propres désirs ; il va donc s'instaurer un nouveau mode de communication au sein du couple, moins fusionnel, reconnaissant l'Autre dans sa différence.



Le Petit Journal du 05 septembre 1915

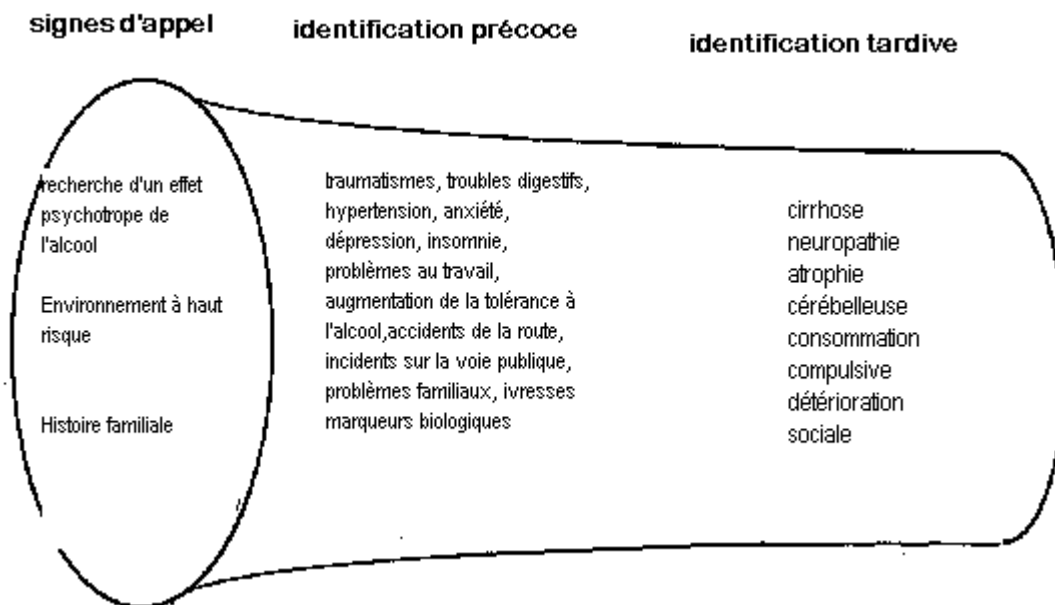
C/ Principales séquelles de l'alcoolodépendance

Toutes les maladies ont été facilitées par l'alcool, tout le métabolisme est perturbé. L'homéostasie, tendance générale consistant à maintenir certaines constantes comme la température ou la tension, a créé des compensations à l'alcool. L'alcool a altéré toutes les fonctions nerveuses aussi bien que de circulation sanguine et lymphatique.

Mais c'est aussi parce que l'alcoolisation diminue l'immunité des maladies infectieuses que l'alcoolique guérit moins bien de toutes les maladies.

L'implication de l'alcool dans les suicides et les accidents, qui sont les premières causes de mortalité des 16-24 ans, permet d'estimer que ce toxique abaisse l'espérance de vie d'au moins vingt années.

Les effets de l'alcool s'imbriquent et s'inter-influencent avec des conséquences d'évolution parfaitement prévisibles :



a) Séquelles psychologiques

- **Dépression**

Pierre Janet (1915) voyait en la dépression alcoolique un phénomène cyclique, qui se reproduit donc à intervalles réguliers, mais on a constaté depuis que beaucoup de déprimés après sevrage l'étaient avant l'alcoolisme.

On sait cliniquement et biologiquement le rôle dépressogène de l'alcool (modification des transmissions noradrénergiques et surtout sérotoninergiques). Ce qui fait qu'on peut aboutir à un schéma circulaire. Pour éviter ce cercle aliénant, tout sevrage devra prendre en compte la dimension dépressive.

Le sevrage a un effet bénéfique sur le trouble de l'humeur, surtout en cas de dépression secondaire. La première phase de la dépression correspond à une période de recherche de solution. Ce n'est qu'après une période de 4 semaines de sevrage que la persistance d'une symptomatologie dépressive doit faire éventuellement mettre en route un traitement antidépresseur, en l'absence bien sûr de gravité du syndrome dépressif justifiant alors une hospitalisation.

- **Anxiété**

L'angoisse, qui n'est pas toujours consciente, est combattue par rationalisation, négation, endormissement et évitement. Ces mécanismes s'imbriquent et se complètent pour une meilleure efficacité,

avec pour conséquence une diminution qualitative des rapports sexuels, même si dans un premier temps le recours à une activité sexuelle compulsive avait pu servir à tromper l'anxiété sur son existence.

Elle disparaît la plupart du temps avec la poursuite de l'abstinence.

Les benzodiazépines ne sont pas conseillées, sauf en cas d'attaque de panique et d'anxiété généralisée, qui doivent être traitées par la prescription ponctuelle et discontinue de benzodiazépines.

- **Troubles psychotiques**

Toutes les psychoses peuvent être associées à une alcoolo-dépendance et se rencontrer après le sevrage. Le risque des dyskinésies tardives sous traitement neuroleptique est augmenté en cas d'alcoolisme actuel ou dans les antécédents.

Certaines atteintes sont plus rares telles l'atrophie cérébelleuse, l'encéphalopathie de Marchiafava-Bignami ou la myélinolyse centrale du pont.

b) Troubles psychosomatiques

- **Effets sur l'appétit**

Une des fausses propriétés de l'alcool les plus répandues est qu'il ouvre l'appétit, ce qui est d'ailleurs le but recherché des boissons apéritives. En fait, l'alcool dilate le pylore, laissant ainsi descendre le contenu du bol alimentaire de l'estomac sans digestion, d'où la sensation de faim.

L'alcool est un toxique : c'est un anti-aliment, donc sans valeur plastique. Il ne peut produire de l'énergie que s'il est pris dans certaines conditions, en petites quantités notamment. Si la quantité est trop importante, l'organisme est obligé de dépenser davantage que l'énergie produite pour combattre les troubles métaboliques.

Globalement, l'alcool finit par remplacer la nourriture chez l'alcoolique chronique, mais une expérience américaine récente a mis en évidence l'implication possible de la qualité de la nourriture dans le besoin de s'alcooliser.

Dans cette expérimentation, un rat dispose de deux boissons : de l'eau pure et de l'eau alcoolisée. Lorsque le rat est nourri de ses aliments habituels, il boit spontanément l'eau pure. Par contre, si le même rat n'a à sa disposition que des produits de la restauration rapide et des sodas, il finit par ne boire que l'eau alcoolisée.

L'autre intérêt de l'expérience est de constater qu'un retour à une nourriture saine amène le rat à préférer à nouveau une boisson saine.

En tout état de cause, la plupart des facteurs psychologiques qui mènent au développement d'un trouble alimentaire sont les mêmes chez les hommes que chez les femmes, mais les hommes souffrant d'anorexie et de boulimie sont plus sensibles à l'anxiété sexuelle.

- **Risque suicidaire**

Il est particulièrement élevé (multiplié par 90 si la consommation d'alcool est supérieure à 100 g/jour). Soulignons le fait qu'il s'agit d'un argument majeur pour imposer l'évaluation systématique de ce risque chez tout alcoolo-dépendant et la recherche chez tout suicidaire d'une alcoolo-dépendance.

Le risque de suicide présente, avec les accidents, plus de particularisme régional que les autres conséquences de l'intoxication alcoolique : on impute à chacun 17% des décès en Suède contre 7% en Italie, ce qui s'expliquerait notamment par une consommation plus forte le *week-end* dans les pays non-producteurs.

Le suicide présente aussi des spécificités sexuelles puisqu'en France, l'INSERM estime qu'il y a environ trois décès masculins par suicide pour un décès féminin alors que les femmes tentent deux fois plus fréquemment de se suicider que les hommes, par des moyens moins violents il est vrai.

- **Risque d'accidents**

L'alcoolisme chronique peut entraîner un ralentissement immédiat sur le système nerveux : troubles des réflexes, de l'équilibre et de la vision, ce qui représente un risque réel lors de la conduite en état d'ivresse.

L'alcool influence la perception, les gestes et, tout particulièrement, l'attitude générale vis-à-vis du danger. Ces trois effets se combinent pour rendre le comportement dangereux.

- **Dépendance**

La dépendance est le maître-mot de l'alcoolisme. L'organisme tolère l'alcool : il le métabolise, le digère sans trouble jusqu'à un certain stade. À un moment, les troubles apparaissent.

On remarque que de petites quantités prises régulièrement créent plus de dépendance que des grosses prises irrégulièrement.

Au niveau physique, la dépendance se note par le tremblement des extrémités, spasmes des paupières, crampe au mollet, sudation, maladresse, hypertension, tachycardie, nausée, vomissement particulièrement le matin (pituïte matinale).

Psychiquement, c'est une sensation de malaise, de fatigue, une aboulie (absence de volonté), un manque d'intérêt, d'attention, une impression de vacuité.

- **Troubles du sommeil**

L'insomnie peut être la cause d'une intoxication alcoolique chronique. De fait, le taux d'alcoolisme est 2 fois plus important chez les insomniaques que chez les bons dormeurs et 28% des sujets insomniaques disent prendre de l'alcool pour faciliter leur sommeil. Ainsi, le risque de développer un alcoolisme chronique est 2,4 fois plus important chez les insomniaques que chez les bons dormeurs.

La prise aiguë d'alcool assomme et augmente la quantité de sommeil lent profond mais retarde l'apparition du sommeil paradoxal, qui est alors très fragmenté par les éveils ou le stade 1 de sommeil lent léger, la fragmentation étant très importante en fin de nuit. Dans l'alcoolisme chronique, le sommeil est profondément désorganisé ; il est fragmenté par de nombreux éveils et ne contient plus de stade 4 de sommeil lent profond ; le sommeil paradoxal reste très instable.

Le cerveau du buveur excessif fabrique des signes d'alerte par l'apparition de cauchemars. Les scènes projetées par l'inconscient avertissent de la nature des risques encourus, d'où la fréquence d'accidents de voiture, de mutilations, de viols ou de perte de dents symbolisant la baisse de la vitalité sexuelle.

Réveillé et ne trouvant plus le sommeil, il n'est pas rare que le sujet crée volontairement un rêve éveillé censé annuler le cauchemar, voire inverser son sens. C'est ainsi que des scènes imaginaires mettant en scène l'intempérant en tant que violeur ou persécuteur pourront, par leur répétition, s'imposer comme possibilité réaliste et constituer la première étape d'un passage à l'acte.

- **Asthénie**

L'asthénie est une composante de la symptomatologie de la dépression. L'asthénique désire rester couché, il veut s'allonger et dormir, incapable

du moindre travail physique ou intellectuel. Il ressent une faiblesse excessive, faiblesse du dos et du rachis comme s'il allait se paralyser, il sue au moindre effort.

On note une émaciation, notamment du visage, des cuisses et des mains, l'apparition de frilosité, avec intolérance à la chaleur.

L'asthénique souffre également de pertes de mémoire, il rêve la nuit de ce qu'il a oublié de faire dans la journée, incapable du moindre effort intellectuel, il peut lui arriver de s'exprimer à travers une sorte de bégaiement où il inverse les syllabes.

Son pénis devient petit, froid et relâché, l'érection est lente et faible, avec éjaculation prématurée et faiblesse pendant le coït, pertes séminales pendant le sommeil et avant la selle.

- **Troubles du caractère**

Certaines pathologies douloureuses résultant d'un alcoolisme chronique, telle la cirrhose du foie, sont bien connues pour influencer négativement l'humeur du sujet.

D'autre part, l'alcool a des effets neurophysiologiques qui modifient le comportement des personnes qui sont sous son emprise. Il y a, tout de même, différentes conséquences selon les doses absorbées.

A faible dose, la levée des inhibitions éloigne le buveur des valeurs sociales ou familiales d'autant plus s'il est victime d'une intoxication chronique. Au-delà de 1 g/l, l'absence d'autocritique et la levée des inhibitions notamment névrotiques, peuvent avoir des conséquences médico-légales, et c'est à ce stade que l'on peut observer combien l'alcoolisme facilite la délinquance passionnelle, notamment les délits sexuels ou les crimes de sang.

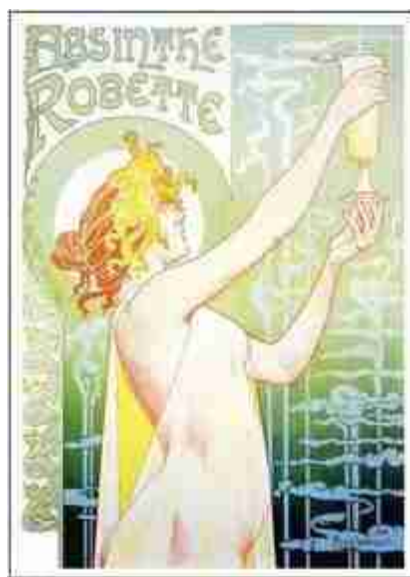


L'implication de l'alcool apparaît dans nombre de crimes et délits :

Homicides volontaires	69 %
Crimes et délits contre les enfants	38 %
Coups et blessures volontaires	29 %
Coups et blessures involontaires	14 %
Crimes et délits sexuels	27 %
Incendies volontaires	58 %
Rébellions et outrages à l'autorité publique	34 %
Dégradations d'objets d'utilité publique	30 %
Vols	14 %
Vagabondages et mendicité	28 %
Violation de domicile. Bris de clôture	35 %
Toutes infractions confondues	19 %

- **Troubles de la sexualité**

Il s'agit d'un point majeur, souvent méconnu, central pour l'équilibre du couple et l'estime de soi, que nous avons largement développé dans les chapitres précédents. L'arrêt de l'intoxication alcoolique n'est pas toujours rapidement suivi de l'effet attendu et la difficulté à restaurer une vie sexuelle satisfaisante peut être source de rechute et d'échec justifiant donc une prise en charge dans ce domaine, bien au-delà du sevrage.



Livemont, *Absinthe Robette*

c) Troubles somatiques

- **La cirrhose**

La poursuite de l'abstinence améliore le pronostic de la cirrhose au cours de laquelle les benzodiazépines sont contre-indiqués. La douleur qui accompagne la maladie inhibe le désir sexuel.

On considère aujourd'hui que la France compte 500.000 cirrhotiques principalement alcooliques.

- **L'hépatite virale C**

La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C est augmentée de façon significative chez les malades alcoolo-dépendants et la consommation d'alcool aggrave ses conséquences hépatiques, d'où l'importance de proposer systématiquement un dépistage de l'hépatite C chez l'alcoolo-dépendant et de prendre en compte l'alcoolisme sur ce terrain.

- **Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et de l'œsophage**

La plupart des cancers des VADS (larynx, pharynx, bouche, langue) et de l'œsophage est liée à la synergie des effets de l'alcool et du tabac et doit encourager au double sevrage et à leur dépistage. 80% de ces malades sont à la fois fumeurs et buveurs.

L'alcoolique se plaint souvent de son estomac, pourtant l'alcool ne provoque pas de cancer à l'estomac.

- **Le syndrome de Korsakoff**

Sous-évalué dans sa prévalence, il peut s'améliorer dans 20% des cas quand l'abstinence durable est obtenue, mais la régression des troubles reste très aléatoire. Désorientation spatio-temporelle et lésions anatomiques au niveau des tubercules mamillaires sont des signes spécifiques du syndrome.

- **Effets sur le cœur et la circulation**

L'effet vasodilatateur de l'alcool se note particulièrement à la sensation de chaleur que son absorption provoque et qui correspond en fait à une sortie du corps de sa chaleur. En quantité modérée, les statistiques confirment comme pour l'aspirine (acide acétylsalicylique) un effet bénéfique sur la prévention des maladies coronariennes et de

l'infarctus, mais comme il n'existe pas de seuil de toxicité, nous insisterons sur le fait que toute dose peut être dangereuse. Du reste, la toxicité de l'alcool peut détruire le muscle du cœur et provoquer une cardiomyopathie non obstructive (CMNO).

- **Polynévrite éthylique, névrite optique, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, encéphalopathie hépatique, épilepsie, ...**

Souvent, on assiste à une pathologie multiple. Même si ces maladies n'ont pas un retentissement spécifique sur la sexualité, elle ne sont pas sans créer un état de faiblesse et une baisse du moral préjudiciables, qui vont *a contrario* de l'épanouissement sexuel.

Que reste-t-il à faire ? Améliorer les structures d'accueil favorables au maintien de l'abstinence au cours de l'ensemble de ces pathologies ; Ne pas considérer qu'une pathologie somatique est au-delà d'une prise en charge du phénomène de l'alcool-dépendance.

L'alcoolisme est une maladie liée à la pharmacodépendance : dépendance psychique au départ, dont on peut guérir, dépendance physique ensuite, qu'on ne peut que stabiliser.

Lorsque l'alcoolique cesse de boire, il y a reconstitution de la cellule nerveuse, les vitamines B₁, B₆ et B₁₂ reconstituent les cellules endommagées, la démence disparaît, l'individu se repositionne dans l'espace et dans le temps.



Adolphe-Mouron Cassandre, *Nicolas, Verre et Bouteille* (1933)

4/ DISCUSSION SUR LA PLACE DU SEXOTHÉRAPEUTE

*« L'Homme est le remède de l'Homme »
(Dr Haas)*

Dans tous les cas, les sexothérapeutes sont toujours utiles pour résoudre beaucoup de problèmes de déséquilibre dans la vie sexuelle des patients.

Cette dimension a été longtemps ignorée dans la maladie alcoolique.

Affichant un objectif de résultats, les pouvoirs publics, par circulaire du 15 mars 1960, ont fait relever l'alcoolisme du secteur psychiatrique, mais à défaut d'effets probants une autre circulaire du 23 novembre 1970 a créé les Centres d'Hygiène Alimentaire (CHA).

Cela n'a pas suffi à détrôner l'alcoolisme de son statut de fléau social n° 1 : La maladie touche en France 4 à 5 millions de personnes, cause 70.000 morts par an et coûte en préjudices la production d'un million de personnes actives.

Pendant longtemps, le secteur psychiatrique a préféré utiliser la cure de dégoût de manière systématique. La plus désagréable utilisait l'apomorphine, qui est un vomitif censé dégoûter le malade à force de la lui injecter en même temps que la prise de son alcool préféré. Cette méthodologie ne pouvait traiter que le réflexe pavlovien, mais elle sera poursuivie après 1985 malgré des résultats franchement décevants.

La cure à l'Espéral fut annoncée comme remède miracle : Ce médicament contre les vers intestinaux s'est révélé par hasard comme provoquant un dégoût de l'alcool tant qu'il est dans le corps, et il diminue aussi l'envie de boire.

Non seulement ces méthodes sont largement contre-indiquées (polynévrite, épilepsie, grossesse, maladie cardiovasculaire), mais elles ne sont pas thérapeutiques, tout au plus l'Espéral ou le Flagyl peuvent-ils être une béquille au nouvel abstinent.

Lorsqu'on a prétendu dans les années 1970 que la découverte d'une substance médicamenteuse allait permettre de supprimer la maladie alcoolique, les malades concernés y ont vu une bénédiction : Un tel produit leur permettrait de boire encore plus sans être malade !

Il manquait donc à l'évidence de prendre en compte la dimension humaine de la maladie, son retentissement sur la vie quotidienne et sur la création de projets nécessaires à son épanouissement.

Le travail du sexologue, au contraire de ce que l'on voit souvent dans les équipes médicales, est de permettre de parler. De parler de tout, même, et surtout de ce qui n'est pas facile à dire. La sexualité n'est pas toujours abordée de la même manière par tout le monde. Pour beaucoup, parler de sexualité c'est avant tout se préoccuper des organes sexuels et de leur fonctionnement. On parle technique, fonctionnement. C'est bien. C'est nécessaire de savoir comment ça marche mais est-ce suffisant ? Aborder la sexualité de cette manière revient à la réduire à la reproduction. Comme les animaux, nos organes sexuels nous servent à faire des enfants, à nous reproduire. Mais pour les hommes et les femmes cela ne se limite pas à cela. On n'ose pas toujours parler de cet aspect très important de la sexualité humaine qu'est le plaisir, la jouissance. Et puis il faut parfois démêler le sexuel du sentiment amoureux.

C'est là que le sexologue peut intervenir. Il doit être tolérant, ouvert à toutes les questions. Le sexologue n'est pas là pour juger ou pour faire la morale. Il peut aussi bien aborder l'aspect "technique" des choses que le côté relationnel et aider à faire le lien entre les deux.

La sexologie est donc là pour permettre d'y voir plus clair dans la sexualité et aider à s'épanouir de la meilleure manière possible, surtout que les personnes alcooliques sont très instables et très influençables.

Un sexologue a une fonction importante de communication avec les malades avant, pendant et après le sevrage.

Avant le sevrage il est nécessaire de faire comprendre aux malades que dans l'état d'ivresse ils n'ont aucune possibilité d'avoir une protection sanitaire, parce qu'ils ne se souviennent pas nécessairement de ce qu'ils ont fait au cours de la soirée, parce qu'ils ne sont plus responsables d'eux-mêmes.

Il faut aborder le sujet de la protection au niveau des maladies sexuellement transmissibles : On peut assez facilement expliquer aux malades la nécessité de la prévention. C'est leur santé qui est en jeu et il est inutile de multiplier ou de renouveler les risques.

Le buveur doit être informé du travail antinomique de l'alcool, levant les inhibitions d'un côté, appauvrissant la mémoire et la fonction fantasmatique de l'autre. Le malade doit désirer diminuer la boisson pour restaurer la fonction désirante de l'Autre alors que le désir investit le toxique.

On peut également les informer sur le risque de la violence physique, surtout chez les femmes. Lorsqu'elles boivent, elles peuvent arriver à une amnésie passagère, un palimpseste, qui leur laisse un trou de mémoire sur ce qu'elles ont fait la veille. On constate que parmi les victimes de violences sexuelles, à peu près 10% des femmes étaient sous l'influence de l'alcool.

Pendant les cures, les sexologues peuvent diriger les patients vers une solution pour qu'ils puissent maintenir leurs objectifs : arriver jusqu'à l'abstinence. C'est un travail d'accompagnement et de médiation. Malheureusement, il y a beaucoup de patients qui ne voient pas ou qui ne savent pas ce qu'il faut définir comme objectif. Dans certains cas, le sexologue peut servir en tant que guide.

Il peut aussi replacer l'attitude des thérapeutes, dédramatiser, faire comprendre que la fonction imaginative, fantasmatique est brouillée.

Le syndrome de sevrage peut donc être particulièrement violent, créant un état confuso-onirique avec une grande désorientation spatiale, des hallucinations auditives et visuelles de caractère terrifiant avec une grande fréquence de zoopsies et de thèmes professionnels. Le malade est très agité avec des réactions de fuite et de défense, et son traitement nécessite l'isolement – sans contention, la réhydratation et la correction des troubles hydroélectriques, des sédatifs, une vitaminothérapie B pour empêcher une complication carencielle, ... et la patience de l'équipe thérapeutique.

Après les cures, un soutien est important de la part des soignants, pour éviter la rechute en premier lieu, car même si elles sont de durée et d'importance variables, elles marquent toujours un doute dans la confiance que le malade a en lui-même et constituent une complication à l'abstinence.

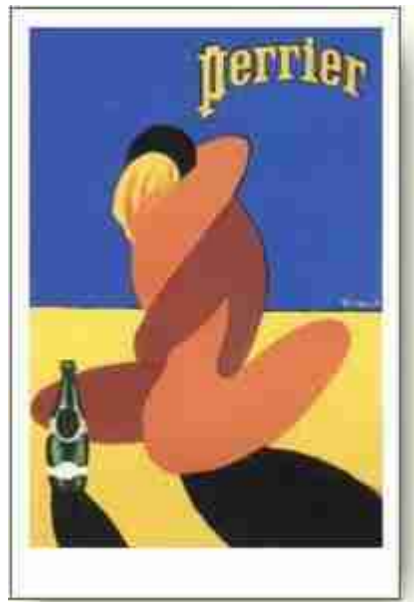
Un sexologue qui est dans son rôle de thérapeute doit inévitablement parler sur les aspects physiques et inciter l'alcoolique à retrouver l'érotisation dont il a besoin pour entreprendre une nouvelle vie.

Etant donnée la fonction érotique inexistante chez un malade alcoolique, son sexologue traitant doit en quelque sorte le rééduquer, d'où l'intérêt d'une relation de confiance mutuelle.

Le sexologue accompagne le deuil qui va de pair avec l'appauvrissement de la fonction érotique. Tant qu'il buvait, il n'y avait que l'alcool qui intéressait le sujet avec une désinhibition libératrice de pulsions primaires en résultant ; maintenant, l'abstinence assèche la libido, ce qui constitue une sanction très visible de la maladie alcoolique.

Les soignants cachent habituellement cette conséquence, on peut dire avec J. Waynberg que « c'est un thème "archi-tabou", mais il n'y a pas retour à la qualité de vie ».

Dans notre monde actuel, malgré les progrès techniques, nous ne sommes pas encore à la hauteur de nos tâches quotidiennes véritables comme la guérison de l'être humain, l'empathie, l'intuition : On a encore besoin de progresser pour soigner l'âme et ce corps qui est devant nous avec tous ses mystères.



Affiche Publicitaire "Perrier"

CONCLUSION

« La santé c'est la sympathie universelle. »
(Hippocrate)

Vers 830, le chimiste perse Jeher isole par distillation une substance qu'on appellera *Al Kohl*.

Il ignorait sans doute qu'il venait de mettre en évidence la substance qui reste aujourd'hui encore le fléau mondial n° 1.

L'éthylisation populaire renvoie l'image de la misère, l'ouvrier boit parce que ça l'aide à aller travailler ou qu'au contraire il n'a pas de travail : C'est Coupeau, l'ouvrier zingueur qui s'euphorise dans l'alcool pour passer le temps après son accident.

A l'inverse, l'image des bacchantes ou du champagne qui coule à flots associe sexe et alcool dans un rôle symbolique qui véhicule convivialité, virilité, libération et incitation sexuelle.



Fresque du lupanar : *Le Priape bi phallique (Pompéi)*

L'attrait ancestral de l'humanité pour le breuvage fermenté est généralement attribué aux propriétés euphorisantes de ces boissons qui modifient la qualité des relations et augmentent la confiance en soi. Elles mettent l'oubli sur un tourment amoureux, éloignent les soucis ou l'angoisse insistante d'une maladie. Les anxieux, timides,

nosophobiques, mal dans leur peau, y trouvent avantage. Les producteurs et alcooliers savent vanter ces vertus et par leurs slogans : "*C'est l'enfer*", "*... et puis flûte !*", invitent à partager la liberté dionysiaque que l'on prête à l'intempérant. L'alcool n'a pas de goût mais au commencement, il y a l'acte de boire et le plaisir de l'alcool n'est pas dans la saveur.

L'éthanol pur ne laisse sur la langue aucun goût, sinon discrètement acré, mais surtout une sensation de chaleur ou de brûlure. Cela s'explique par la double innervation buccale, tactile et gustative. Quand les papilles du goût indiquent à l'esprit une saveur, elles ne renseignent pas sur la consistance, la température, la forme d'un objet présent dans la bouche. Ces informations, nécessaires à la mastication et à la sécurité de la déglutition, proviennent de terminaisons sensorielles, dites "non spécifiques" qui tapissent la muqueuse buccale et la langue. Il se trouve que l'alcool a justement la propriété d'exciter ces fibres et cela éveille l'organe buccal à la conscience en y créant une sensation de plénitude. Chacun a pu le constater en dégustant une liqueur forte. Cette sensibilité est distincte de la gustation qui ne connaît que la substance.

L'alcool révèle donc à la conscience la bouche elle-même, ce qui est une partie du plaisir qu'il procure. La faculté d'un organe d'occuper le champ de la conscience ou de s'en retirer est un phénomène lié à un besoin et à sa satisfaction. Ainsi en est-il de l'estomac et de la faim, comme d'une excitation érotique. Sans goût ni odeur, le gaz carbonique contenu dans les sodas agit de même sur l'enveloppe buccale. Le froid ou le chaud vont dans le même sens et la bière est bonne quand sa fraîcheur s'agrémente de CO₂ et d'alcool.

De la physiologie découle l'effet psychologique. La sensibilité de la bouche a pour rôle de guider le nourrisson vers le sein maternel. A l'âge de la communication sans langage, l'attachement de l'enfant à sa mère a pour moteur et pour expression l'acte de la tétée et sa répétition. La bouche est "l'épicentre du Moi en formation". La prépondérance d'un besoin oral de plénitude restera longtemps évidente et toujours latente. De l'enfant à l'adulte, on sait la tendance initiale à porter les objets à la bouche, puis à sucer, mâcher, ronger ; la succion du pouce sera suivie de la sucette, des bonbons, des crayons, du chewing-gum et... du tabac. Mais cet appétit laissé vacant exprimera toujours la tendresse dans le baiser affectueux ou amoureux.

L'alcool est une nourriture indiscernable de l'amour parce que l'homme a d'autres raisons de boire que son besoin d'eau, et la boisson fermentée devient le témoignage d'une nourriture indiscernable de l'amour.

Il est parfaitement bien établi que l'alcoolisme est une maladie qui non seulement fait des ravages dans la vie familiale et sociale d'une personne, mais encore se révèle particulièrement destructrice sur le plan sexuel. L'alcool est un monstre qui tue l'amour physique, et ses effets sont d'autant plus néfastes qu'un alcoolique a les plus grandes peines du monde à guérir de sa maladie.

Si une faible dose d'alcool peut stimuler l'excitation sexuelle en supprimant des inhibitions, une forte dose, tout en maintenant un haut niveau d'excitation, empêche l'érection, l'éjaculation ou l'orgasme. Chez l'alcoolique, homme ou femme, ces difficultés peuvent devenir chroniques. Les alcooliques voient souvent ainsi leurs problèmes sexuels s'accroître. Et cela leur fournit une raison de plus de continuer à boire.

Masters et Johnson, et par la suite d'autres chercheurs, ont mis en évidence les effets physiologiques de l'alcool sur les relations sexuelles. Il existe plusieurs clichés quant à l'effet de l'alcool sur la sexualité : prendre un verre rendrait les gens plus communicatifs, plus ouverts, plus détendus ; sexuellement, on serait plus à l'aise pour répondre aux stimulations sexuelles ; ce serait plus facile de se laisser aller. Doit-on se fier à ces idées toutes faites ?

Tous, nous avons eu certaines inhibitions, certains blocages. Ces inhibitions se manifestent par des petites phrases qui nous viennent à la tête comme : « Je ne dois pas », « je ne peux pas », « qu'est-ce qu'on va penser de moi ? », « de quoi aurais-je l'air ? ». Nous nous retirons alors en nous-même, nous perdons notre spontanéité et nous fuyons le contact de l'autre. En sexualité, nos inhibitions sont très nombreuses et difficiles à déloger. Nous osons peu parler de nos craintes, d'autant qu'elles sont mal fondées en général.

L'alcoolisme est la deuxième cause neurologique d'atteinte des fonctions sexuelles. La détérioration nerveuse alcoolique entraîne des impuissances lors d'une intoxication chronique. Mais les patients ne s'en plaignent pas ou peu, probablement parce qu'ils se sentent coupables de leur alcoolisme et/ou qu'ils se tournent vers l'alcool pour régler ce souci. Par ailleurs, l'ivresse aiguë provoque des impuissances transitoires.

Ne perdons pas de vue que la maladie alcoolique est une maladie de la liberté.

Dans la liberté, on sublime le corps, et c'est donc sans surprise qu'on constate à la fois que l'alcool est la cause déclarée de nombreux crimes

sexuels, de conflits familiaux, qu'il modifie le comportement sexuel et l'apparence érotique, et que presque tous les alcoolo-dépendants justifient au moins en partie leur intoxication par une insatisfaction de cette nature.

L'alcool, c'est un cercle vicieux qui, du soulagement du départ, devient drogue et la dépendance s'installe. Les conséquences sont lourdes, tant du point de vue humain, qu'au vu du coût énorme des préjudices.

Dans cette maladie, la composante sexuelle avant, pendant et après l'alcool, est fondamentale, souvent directrice.



BIBLIOGRAPHIE

- (1) **Aberdeen Press & Journal (UK)** *via* Push Journal, Nouvelle brochure informant les adolescents des dangers de mélanger le sexe et l'alcool, 23 mars 2001.
- (2) **Abraham K.**, 1908, Relations psychologiques entre l'alcoolisme et la sexualité, Œuvres complètes. T. 1, Paris, Payot, 1965.
- (3) **Adès J.**, Alcoolisme, états névrotiques et troubles de la personnalité, Riom Laboratoires, C.E.R.M. éd., 1985, p. 21-24.
- (4) **Adès J.**, Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale : données théoriques, cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Tome 3, Paris, Masson, 1988.
- (5) **Alonso-Fernandez F.**, L'éthique et la personnalité de l'alcoolodépendant, *Alcoologie*, 1995/17/2, p. 129-135.
- (6) **American Academy of Pediatrics**, Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects, *Pediatrics*, 1993, 91, p. 1004-1006.
- (7) **Aubrion J.**, Essai sur le rôle de certains conjoints dans l'induction du comportement alcoolique, *Alcool ou Santé*. 1993, p. 8-12.
- (8) **Bailly-Salin P., Zacklad M. E., Krief J.**, Alcoolisme et libido, *Confrontations psychiatriques*. 1972/8, p. 83-93.
- (9) **Barrucand D.**, Alcool et sexualité, *Revue de l'Alcoolisme*. 1980/26/2, p. 71-80.
- (10) **Barrucand D., Aubin H. J.**, Alcool et sexualité, *Revue du Praticien*, 1991/5, p. 77-80.
- (11) **Barrucand D., Tesseire C.**, Alcool et sexualité, *Confrontations psychiatriques*. 1972/8, p. 253-260.
- (12) **Benard J. Y., Laudier J., Ferrant J. P., Veyssièrre M.**, Alcool et sexualité, *La Vie Médicale*, 1980/2, p. 91-94.

- (13) **Bernard J. G.**, Alcoolisme et glandes endocrines, Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme. Bulletin d'information. 1983/2, p. 143-151. 1984/3, p. 185-198.
- (14) **Boda-Buccino M.**, Alcool et testicule. Données actuelles, Sexologies. 1994/3/13, p. 11-17.
- (15) **Boda-Buccino M.**, Alcool et sexualité. Données actuelles, La Gazette médicale. 1996, p. 18-22.
- (16) **Bourey J. L.**, Le viol et l'alcool, Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme. Bulletin d'information. 1981, 147, p. 39-47.
- (17) **Bouvard M., Cottraux J.**, Protocoles et échelles d'évaluation en Psychiatrie et en Psychologie. Paris, Masson.
- (18) **Brisset C.**, Existe-t-il une structure psychologique particulière chez les alcooliques graves ? Revue de l'Alcoolisme. 1978/24/3, p. 159-164.
- (19) **Brown S. A. et al.**, Alcoholism and affective disorder : clinical cause of depressive symptoms, American Journal of Psychiatry. 1995, 152,1, p. 45-51.
- (20) **Carrère J.**, Investigations psychologiques dans quarante cas d'alcoolisme chronique, Revue de l'Alcoolisme. 1962/8/4, p. 321-324.
- (21) **Cellier P., Benard J. Y., Ferrant J. P. et al.**, Sexualité, alcool, tabac, médicaments, Revue de l'Alcoolisme. 1984-85/30/3, p. 213-230.
- (22) **Chaigneau H., Jousselin D.**, Le traitement des femmes d'alcooliques, Revue de l'Alcoolisme 1962/8, p. 345-347.
- (23) **Coles C.**, Impact of prenatal alcohol exposure on the newborn and the child., Clin. Obstet. Gynaecol., 1993, p. 255-266.
- (24) **Cotton J. P.**, Habitudes de consommation d'alcool et de tabac, Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme, H.C.E.I.A. Actualité. 1990, p. 3-4 & 15-17. 1991/4, p. 25-27.

- (25) **Cudicio P., Dubois L.**, Alcoolisme, trouble de l'érection, sevrage, Sexologies. 1996/5/20, p. 51-55.
- (26) **Davidson C., Bourrit F., Nielsen P.**, Alcool et sexualité, Revue de l'Alcoolisme. 1989/34, p. 217-236.
- (27) **Day N.L., Richardson G. A.**, Comparative Teratogenicity of Alcohol and Other Drugs, Alcohol Health and Research World, 1994, 18(1), p. 42.
- (28) **Della T.**, Couple et alcoolisme, Cahiers de sexologie clinique. 1988/14/88, p. 31-35.
- (29) **Descombey J. P.**, La dépendance alcoolique. Problèmes de théorie freudienne et de technique psychothérapique, L'Information Psychiatrique. 1982/58/5, p. 507-515.
- (30) **Deshaies G.**, Les problèmes psychologiques de la femme de l'alcoolique, La Vie Médicale. 1965/46, p. 1731-1736.
- (31) **D.S.M. IV**, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 1994, 4^{ème} édition, 1996.
- (32) **Fahrner E. M.**, Sexual Dysfunction in Male Alcohol Addicts : Prevalence and Treatment, Archives of Sexual Behavior. 1987/16/3, p. 247-256.
- (33) **Fenouil P.**, Sexe, alcool et V.I.H., Cahiers de sexologie clinique. 1996/22/132, p. 18-21.
- (34) **Ferrandi J., Gayda M.**, Sexualité et système familial de l'alcoolique, Perspectives Psychiatriques. 1987/26/7, p. 116-121.
- (35) **Fontan M., Lemaître C. L., Pottrain R.**, Sur des anomalies de conduite de femmes d'alcooliques dits « dangereux » au titre de la loi du 15 avril 1954, Revue de l'Alcoolisme. 1963/9/4, p. 302-321.
- (36) **Fontan M.**, L'alcoolisme féminin, La Revue du Praticien. 1964/14/4, p. 419-424.
- (37) **Forrest G.**, The Diagnosis and Treatment of Alcoholism, Marital and Family Therapy, 1994, p. 168-211.

- (38) **Freud S.**, 1905, Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris, Gallimard, 1969.
- (39) **Gacic B.**, Thérapie familiale de l'alcoolisme, Revue de l'Alcoolisme. 1977/29/4, p. 243-254.
- (40) **Gad-Luther I.**, Sexual Dysfunction of the Alcoholic, Sexuality and Disability. 1980/3/4, p. 273-289. 1990/3/4, p. 273-290.
- (41) **Gellman C. et J.**, Les thérapies sexuelles. Paris, E.S.F., 1983.
- (42) **Glud C., Wantzin P., Eriksen J.**, No effect of oral testosterone treatment on sexual dysfunction in alcoholic men, Gastroenterology. 1988/95, p. 1582-1587.
- (43) **Gonnet F.**, Couple et alcool, Sexologies, 1993/2/9, p. 6-10.
- (44) **Higgins E. M. & Vivier (du) A. W. P.**, Alcohol and the skin, Alcohol and Alcoholism, 27, 1992, p. 595-602.
- (45) **Hugues J. N.**, Alcool et fertilité chez l'homme, La Gazette médicale. 1988/95, p. 25-26.
- (46) **Israël L., Subra-Charpentier N.**, La femme de l'alcoolique, Confrontations Psychiatriques, 1972/8, p. 125-141.
- (47) **Jacobson S. W., Jacobson J. L., Sokol R. J. et coll.**, Prenatal alcohol exposure and infant information processing ability, Child Dev, 1993, 64(6), p. 1706-21.
- (48) **Jandrot-Louka F., Louka J. M.**, Des femmes et l'alcool, L'Information Psychiatrique, 1982/58/4, p. 539-554.
- (49) **Kaminski D.**, Alcoolisme et grossesse : état des connaissances, Compétences médicales n°7, 1996, p 33.
- (50) **Kaminski M., Rumeau C., Schwartz D.**, Alcohol consumption in pregnant women and the outcome of pregnancy, Alcoholism, 1978, 2(2), p. 155-63.
- (51) **Kaplan H.**, La nouvelle thérapie sexuelle, Paris, Buchet-Chastel, 1979.

- (52) **Laudier J., Bernard J. Y.**, Prise en charge des troubles sexuels des dépendants alcooliques au Centre Louis Sevestre, Bulletin de la Société Française d'Alcoologie, 1981/1, p. 26-27.
- (53) **Leclere J., Genton P., Chau N. et al.**, La sexualité de l'homme alcoolique : aspects endocriniens et psychologiques, Bulletin de la Société Française d'Alcoologie, 1982/3, p. 77-89.
- (54) **Lemaire J.**, Les thérapies du couple, Paris, Payot, 1971.
- (55) **Lemere F., Smith J. W.**, Alcohol-induced sexual impotence, American Journal of Psychiatry, 1973/130/2, p. 212-213.
- (56) **Lienhart M., Andouin M., et al.**, D.S.M. III, alcooliques, alcoologues, Revue de l'Alcoolisme. 1988/33/4, p. 253-261.
- (57) **Mandell W., Miller C. M.**, Male Sexual Dysfunction as related to Alcohol Consumption : a pilot study, Alcoholism : Clinical and Experimental Research. 1983/7/1, p. 65-69.
- (58) **Masters W. H., Johnson V. E.**, 1966, Les réactions sexuelles. Paris, Laffont, 1968.
- (59) **Masters W. H., Johnson V. E.**, 1970, Les mésententes sexuelles et leur traitement. Paris, Laffont, 1971.
- (60) **Masters W. H., Johnson V. E.**, 1979, Les perspectives sexuelles. Paris, M.E.D.S.I., 1980.
- (61) **Melvin L., Selzer H. D.**, The Michigan alcoholism screening test : the quest for a new diagnostic instrument, American Journal of Psychiatry. 1971/12/12, p. 89-94.
- (62) **Mijolla (de) A., Coornut J.**, La psychothérapie des femmes de malades alcooliques, Revue de l'Alcoolisme. 1962/8, p. 342-344.
- (63) **Mirin S. M., et al.**, Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders : alcohol, cocaine, opioids, American Journal of Psychiatry. 1995/152/11, p. 1-49.
- (64) **Mutrux S.**, L'état alcoolique, dangereux au point de vue sexuel, Congrès psychiatrie Lausanne. Paris, Masson, 1965.

- (65) **Mutrux S.**, Pathologie sexuelle de l'alcoolisme mental chronique masculin, *Confrontations Psychiatriques*. 1972/8, p. 101-124.
- (66) **Noiville P.**, Alcoolisme, sexualité et dépendance, *Information Psychiatrique*. 1982/58/4, p. 519-526.
- (67) **Norris J., Kerr K. L.**, Alcohol and violent pornography : responses to permissive and nonpermissive cues, *Journal of Studies on Alcohol*. 1993, suppl. 11, p. 118-127.
- (68) **O'Farrell T. J., Choquette K. A., Birchler G. R.**, Sexual satisfaction and dissatisfaction in the marital relationships of male alcoholics seeking marital therapy, *Journal of Studies on Alcohol*. 1991/52/5, p. 441-447.
- (69) **O'Farrell T. J., Kleine C. L., Cutter H. S.**, A sexual adjustment questionnaire for use in therapy and research with alcoholics and their spouses, *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1997/14/3, p. 259-268.
- (70) **Offord D., Craig D.**, Prévention primaire du syndrome d'alcoolisme foetal, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994, p. 60 à 71.
- (71) **Olsen J., Bolumar F., Boldsen J., Bisanti L. and the European Study Group on Infertility and Subfecundity**, Does moderate alcohol intake reduce fecundability ?, A European multicenter study on fertility and subfecundity, *Alcoholism : Clinical and Experimental Research* 21,1997, p. 206-212.
- (72) **Olson H. C., Burgess D. M., Streissguth A. P.**, Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) : a lifespan view, with implications for early intervention, *Zero to three/National Center for Clinical Infant Programs*, 1992, 13(1), p. 24-29.
- (73) **Paradis A.-F., Lafond J.**, La réponse sexuelle et ses perturbations, Éditions G. Vermette inc., 1990, p. 295.
- (74) **Paul J. F.**, Effets de l'alcool sur la sexualité humaine. *Revue de la littérature, Alcoologie*. 1996/18/4, p. 323-329.
- (75) **Perrin P.**, Alcoolisme et sexualité, *Revue de l'Alcoolisme*. 1956/4/1, p. 9-11.

- (76) **Reynaud M.**, Les toxicomanies : alcool, tabac, médicaments, drogues. Paris, Maloine, 1984.
- (77) **Rosen R. C.**, Alcohol and drug effects on sexual response : human experimental and clinical studies, Annual Review of Sexual Research. 1991/2, p. 119-179.
- (78) **Rouaud R., Jaffiol C., Mirouze J.**, Alcool et glandes endocrines. Alcool et Sexualité, Revue Française d'endocrinologie clinique nutrition et métabolisme. 1984/25, p. 479-497.
- (79) **Roulet-Volmi M., Dudoret N.**, Alcool et sexualité, Alcoologie. 1995/17/2, p. 123-128.
- (80) **Rueff B.**, Alcool et sexualité. Alcoologie clinique. Paris, Flammarion, 1989, p. 101-104.
- (81) **Saugy (de) D.**, La femme de l'alcoolique, Revue de l'Alcoolisme. 1963/9/4, 289-301.
- (82) **Scherrer P., Maillard M.**, Inceste et alcool, Revue de l'Alcoolisme. 1989/34/4, p. 207-216.
- (83) **Schiavi R. C.**, Chronic alcoholism and male sexual dysfunction, Journal of Sex and Marital Therapy. 1990/16/1, p. 23-33.
- (84) **Shrestha K., Rees D. W., Rix K. J.**, Sexual jealousy in alcoholics, Psychiatry Scandinavia. 1985/72/3, p. 283-290.
- (85) **Sokol R. J., Clarren S. K.**, Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol exposure on the offspring, Alcohol Clin Exp Res, 1989, 13(4), p. 597-598.
- (86) **Square D.**, Fetal Alcohol Syndrome Epidemic on Manitoba Reserve, Journal de l'Association médicale canadienne, 1997, vol. 157 (1), p. 59-60.
- (87) **Streissguth A. P., Barr H. M. et Sampson P. D.**, Moderate prenatal alcohol exposure : Effects on child IQ and learning problems at age 7 and one half years, Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 1990, 14(5), p. 662-669.

- (88) **Tordjman G.**, Expérimentation portant sur 100 alcooliques masculins atteints de dysfonctions sexuelles, Cahiers de sexologie clinique. 1983/9/53, p. 299-303.
- (89) **Tordjman G.**, Quels sont les effets de l'alcool sur la fonction sexuelle ? , Cahiers de sexologie clinique. 1984/10/58, p. 209-210.
- (90) **USD, HHS, NIH**, 8th Special Report to U.S. Congress on Alcohol and Health, September 1993, Chapter 9, p. 203-232.
- (91) **Vallet A., Deschamps G., Beauseigneur T., Leviet M.**, A propos de quelques femmes d'alcooliques. Etude relationnelle du couple, Revue de l'Alcoolisme, 1965/11/1, p. 29-44.
- (92) **Van Thiel D. H., Gavalier J. S., Sanghvi A.**, Recovery of sexual function in abstinent alcohol men, Gastroenterology, 1982/84, p. 677-682.
- (93) **Wemeau J., Racadot A., d'Herbomez-Boidein M., Dewailly D., Wemeau J. L.**, Les fonctions thyroïdienne, prolactinique et gonadique de l'alcoolique chronique non cirrhotique, Revue de l'Alcoolisme. 1987/32/2, p. 126-135.
- (94) **Whalley L. J.**, Sexual adjustment of male alcoholics, Acta Psychiatrica Scandinavia. 1978/58/4, p. 281-298.
- (95) **Wilson G. T., Niaura R. S., Adler J. L.**, Alcohol, selective attention and sexual arousal in men, Journal of Studies on Alcohol. 1985/46/2, p. 107-115.
- (96) **Windle M. et al.**, Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients, American Journal of Psychiatry. 1995/152/9, p. 1.322-1.328.



SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

CHAPITRE I

L'HOMME ALCOOLIQUE


1. Alcoolisme masculin	5
2. Relation avec la femme	8
A. La dépendance	
B. La femme investie comme fonction	
C. La femme de l'alcoolique	
D. La co-dépendance et le système alcoolo-centré	
3. L'alcoolisme et la violence	17
4. Personnalité de l'homme alcoolique	26
A. La fixation au stade oral	
B. Le refoulement	
C. La dimension dépressive et auto-destructrice	
D. L'échec de l'image unifiée du Moi et la pathologie narcissique	
E. Les dysfonctions sexuelles de l'homme alcoolique	

CHAPITRE II

LA FEMME ALCOOLIQUE

1. Sexualité et alcoolisme féminin	37
A. Vulnérabilité de la femme face à l'alcool	
B. Conséquences aiguës psychologiques	
C. Conséquences aiguës physiologiques	
D. Conséquences chroniques	
E. Nature des troubles selon les sexes	
2. Le corps	45
A. Manifestations cutanées classiques liées à l'alcoolisme	
B. Autres liens entre abus d'alcool et apparence physique	
3. Grossesse et procréation chez la femme alcoolique	49
A. SAF et EAF	
B. Efforts de prévention	

C. Recommandations	
D. Fécondabilité féminine	
E. Avortement	
F. Contraception	
G. Post-natalité	
4. Personnalité de la femme alcoolique	58
CHAPITRE III	
L'ALCOOL ET LES RELATIONS DE COUPLE	
1. L'alcoolique et son conjoint	61
2. La sexualité avec un alcoolique dans le mariage	63
3. Les différentes attitudes des épouses	72
A. La sceptique	
B. La dominatrice	
C. La punisseuse	
D. La femme martyre	
E. Le conjoint exigeant	
4. Et l'amour dans tout ça... à propos de la famille	78
CHAPITRE IV	
PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE DES ALCOOLIQUES	
1. Avant sevrage	83
2. Pendant le sevrage	86
3. Après sevrage	91
A. Rôle du conjoint dans la réussite du sevrage	
B. L'évolution du couple lors du sevrage : à la rencontre de l'autre	
C. Principales séquelles de l'alcoolo-dépendance	
4. Discussion sur la place du sexotherapeute	101
CONCLUSION	105
BIBLIOGRAPHIE	109



L'alcool perturbe le sexe et le sexe se cherche dans l'alcool. On boit pour se désinhiber, pour se donner du courage, de la force, pour se remplir de tout ce qu'on n'a pas, et après peut-être pour en oublier les conséquences.

En retour, l'alcool agit sur notre constitution, il facilite toutes les maladies et certaines plus spécifiquement, et il diminue nos défenses immunitaires. Chez l'homme il diminue la qualité de l'érection et des rapports sexuels, il abaisse les fonctions mentales supérieures le poussant parfois jusqu'à la violence, réduisant à la longue sa sexualité qui pourra rester définitivement perturbée même après sevrage.

La femme boit plus clandestinement, mais les effets physiques sont en revanche aggravés par rapport à son homologue masculin. Elle véhicule les souffrances futures de sa progéniture, son corps se déforme plus visiblement des stigmates d'une alcoolisation prolongée, et elle peut avoir à souffrir diversement des conséquences des rapports sexuels sous alcool.

Même si l'on retrouve des signes psychologiques caractéristiques aussi bien chez le malade que chez le conjoint, il n'existe pas de personnalité pré-alcoolique ni de cause unique : c'est une maladie à étiologie multi-factorielle.

L'étude de l'entourage de l'alcoolique montre que les questions relationnelles et sexuelles, qui sont pourtant au centre de l'étiologie de la maladie, sont encore peu prises en compte, si ce n'est par le groupe des conjoints des Alcooliques Anonymes.

Les centres de traitement ont coopté des thérapeutes de compétences nouvelles, voire différentes, au fur et à mesure que le besoin s'en faisait sentir par rapport à l'évolution de la connaissance de la maladie ; il semble que le savoir actuel permet de penser qu'il est temps de faire appel à des personnes désireuses de s'occuper des aspects sexuels du malade alcoolique et de son environnement.

ISBN : 978-2-9533324-2-1



En couverture : Priape

