

Paternité et toxico-dépendance

RODOLPHE SOULIGNAC
MARINA CROQUETTE-KROKAR

Dans la plupart des lieux de soins qui accueillent des toxicomanes, la répartition classique de la population rencontrée est deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes. La problématique apparaît davantage masculine que féminine. Il est frappant de constater que les parcours de vie de ces toxico-dépendants les conduisent répétitivement à rencontrer des figures paternelles avec lesquelles ils ont des relations très souvent construites sur le mode du défi : enseignant, éducateur, médecin, policier, juge, sont quelques-unes de ces figures.

La toxico-dépendance semble avoir quelques liens avec la question paternelle. Jean Bergeret, en 1980, après examen de 186 dossiers de patients toxico-dépendants, constate que plus de 50 % des patients déclarent avoir de mauvaises relations avec leur père. Notre propre expérience clinique corrobore ce constat : les toxicomanes que nous avons rencontrés déclarent pour la plupart avoir, ou avoir eu, une mauvaise relation avec leur père, voire pas de relation du tout.

Après un survol de la littérature sur les pères des toxicomanes, nous présenterons nos propres observations sur les toxicomanes pères et les conclusions que nous en tirons pour la psychothérapie.

La littérature sur les pères de toxicomanes

La plupart des études relatives à l'influence familiale sur l'incidence des toxicomanies datent des années 1970 et 1980. Nous nous sommes efforcés d'en extraire la part qui concerne les pères.

Schwartzman (1975) constate dans son enquête que la proximité de la relation mère-fils transforme les pères en simples satellites, qui de surcroît sont fréquemment disqualifiés par les mères.

Harbin et Maziar (1975) constatent l'incidence majeure chez des adolescents toxico-dépendants de carences parentales et observent que beaucoup de jeunes toxicomanes ont subi très tôt des séparations.

Noone et Redding (1975) observent, quant à eux, qu'une majorité de toxicomanes gardent des liens étroits, voire continuent de vivre avec leur famille d'origine.

Hagglund (1977) montre que des problèmes psychiatriques ou d'intoxication éthylique se retrouvent avec une plus grande fréquence chez le père que chez la mère. Dans une étude statistique auprès d'adolescents danois, il constate des problèmes psychiatriques chez 63 % des pères de toxicomanes et seulement 19 % des mères.

Stanton (1982) constate que les mères de toxicomanes ont avec leur fils une pratique éducative symbiotique et que cette pratique éducative symbiotique dure beaucoup plus longtemps que chez les mères de schizophrènes. Le tout accompagné d'une marginalisation des pères dans l'éducation, voire d'une disqualification ouverte.

Bergeret (1990) met la toxico-dépendance sur le compte de l'absence d'image paternelle identificatoire.

Pour Olivenstein (1982), le rapport du toxicomane avec la loi, tant réelle qu'imaginaire, est défaillant, parce que ceux chargés de l'incarner sont forclos : père âgé, impuissant, homosexuel ou vécu comme incapable de faire jouir la mère.

Cirillo (1997) est l'auteur le plus récent à s'être penché sur la relation du toxicomane à son père. Il décrit le père du toxicomane comme un personnage disqualifié par sa femme aux yeux de son fils, en échec comme compagnon et incapable d'exercer ses prérogatives paternelles dans la mesure où la figure du père est aujourd'hui désarmée, pour ainsi dire, des insignes du pouvoir qu'elle détenait antérieurement, résultat des transformations de la société durant le siècle dernier. En l'absence d'une dimension affective personnelle et originale, le père prend la fuite ou essaye d'imiter les comportements typiques du rôle maternel et ne peut favoriser la croissance du fils hors des frontières de la maison. Souvent disqualifié, ce père est alors critiqué par sa femme, surtout en ce qui concerne sa relation à son fils. Habituellement, on reconnaît son dévouement au travail, qui fournit à la famille une bonne insertion sociale : le travail est souvent pour le père une véritable passion qui se substitue aux affects familiaux. Cirillo ajoute que ces pères ont souvent eux-

mêmes connu une relation très pauvre avec leur propre père, et ont fait l'expérience d'une parentification précoce.

Les pères de toxicomanes sont donc décrits comme absents ou violents, disqualifiés et malades.

Un état psychique dangereux : le « toxicom »

Notre propre expérience clinique nuancera quelque peu ces données.

Si nous avons pu constater les mêmes éléments à travers le discours des mères de patients toxicodépendants, le discours du patient toxicomane lui-même nous est apparu plus ambivalent : il témoigne d'une conflictualité psychique intense au sujet de l'imgo paternelle. Les toxicomanes que nous avons rencontrés nous ont décrit leur père sur un mode très souvent teinté d'idéalité, parfois comme un père formidable, très compétent socialement, mais tout à fait inaccessible affectivement : c'est un père « héroïquement absent », « admirablement mauvais ». Un patient qui évoquait son père dans ce registre de l'idéalité négative disait de lui : « C'est mon Dark Vador » (le personnage au service des « forces du mal » dans *La guerre des étoiles*).

De par l'intense conflictualité et l'ambivalence qu'elle suscite, l'imgo paternelle ainsi formée est de nature à constituer une substance psychique empoisonnée, au sens où Glover (1982, cité par Lepoulichet, 2000) définit ce concept : « Certaines identifications à des objets suscitant une forte ambivalence mènent à un état psychique dangereux. Cet état est symbolisé comme une substance psychique. » Glover poursuit : « La drogue est, en dernier ressort, une contre-substance externe qui soigne par destruction. » La substance psychique particulière contenant l'imgo paternelle serait ressentie et agirait comme un poison dans le psychisme de son hôte.

La construction du lien entre un enfant et son père s'effectue en plusieurs étapes. Sans reprendre l'ensemble des données relatives à l'ontogénèse de ce lien, nous évoquerons quelques étapes susceptibles d'éclairer la constitution de cette substance psychique toxique que nous nommerons « toxicom ».

Dans les premiers mois de la vie d'un enfant, comme *in utero*, la relation du père à l'enfant est fortement médiatisée par la mère. Le père archaïque n'existe pas encore en tant qu'autre identifié.

Mais son absence ou sa disqualification par la mère est de nature à transmettre des informations aversives ou inquiétantes à l'enfant, voire une absence totale d'information, rendant le père totalement étranger. La mécanique neurophysiologique de l'attachement ne se met pas en place, le père reste un signifiant vide, forclos ou négatif. Ce sont les assises de la constitution du « toxicom ».

Un peu plus tard, le père a normalement une fonction séparatrice, individualisatrice, pour l'enfant. À ce stade, l'absence paternelle, l'absence de toute figure de substitution paternelle ou sa disqualification, confronte l'enfant au seul psychisme maternel et ce qu'il peut contenir de dépression, d'effondrement, ce qui induit chez l'enfant des conduites d'agrippement, favorise les

canaux du perceptif par rapport à ceux de la représentation, et met alors en place une modalité de relation d'objet que Jeammet (2000) nomme « relation d'extériorité ». Cette modalité relationnelle favorise chez le sujet la méconnaissance de ses états émotionnels, vécus comme potentiellement dangereux. La toxicité des éléments psychiques internes se constitue ainsi, et en particulier la toxicité des éléments internes les moins nommés et/ou les plus signifiés comme mauvais : le « toxicom » se met désormais en place.

Quand le toxicomane devient père

Lorsque avoir un père ou ne pas en avoir a été une expérience traumatique à tel point que l'abus de substances semble bien en constituer une sorte d'anti-poison psychique, une sorte de remède, le fait de devenir soi-même père est de nature à faire flamber la conflictualité à laquelle on tentait d'échapper.

Depuis plus de quatre ans (1999-2003), nous portons une attention toute particulière aux pères toxico-dépendants que nous rencontrons dans les consultations de la Division d'abus de substances de Genève. Au total, une trentaine de pères ont bénéficié d'un suivi psychologique, individuel, groupal ou familial. C'est à partir de cette expérience que nous avons tenté de mettre en évidence certaines caractéristiques du processus d'investissement de la paternité chez le sujet toxico-dépendant. Plusieurs cas sont possibles.

1. La naissance d'un enfant s'accompagne souvent d'une accentuation des conduites addictives.

Nous avons rencontré deux cas de figure :

a) La mère de l'enfant est également toxico-dépendante. La conjugalité est alors construite autour d'une complicité fondée sur les pratiques addictives communes, avec fréquemment une sexualité très pauvre, souvent dans un contexte d'aménorrhée, favorisant l'indifférenciation sexuelle et évacuant de la pensée l'hypothèse de la fécondité. Dans cet aménagement, il n'y a généralement pas de place pour l'arrivée d'un tiers. L'annonce de la grossesse, la naissance du bébé, est alors un événement très désorganisateur en ce qu'il réintroduit bruyamment de la différenciation dans le couple. Les ruptures sont très fréquentes et l'augmentation des conduites addictives du père presque la règle.

b) La mère de l'enfant n'est pas toxico-dépendante. Le couple est alors très souvent organisé sur une dynamique « sauveur-sauvé ». La non-consommatrice donne bons soins et attention sans compter à son partenaire consommateur, qui lui exprime à quel point il a besoin de cette relation. Chacun reçoit ainsi sa dose de « re-narcissisation ». L'arrivée d'un enfant dans ce contexte détourne du père l'attention de la mère, qui la tourne vers son bébé. Le père éprouve alors le sentiment aigu de n'être plus qu'un satellite et intensifie sa pratique addictive pour tenter de regagner l'attention de sa partenaire. Mais cette méthode, qui avait fait ses preuves avant l'arrivée de l'enfant, provoque

désormais plutôt l'effet inverse et accentue la mise à l'écart du père toxicomane.

2. L'idéalisation conflictuelle a empoisonné le psychisme.

Lorsque le toxicomane devient père, l'intense conflictualité de sa relation à son propre père est généralement mise en tension, ce qui vient compliquer l'accès à son propre sentiment paternel. Il y a tantôt idéalisation positive de son père, lui ne pouvant alors qu'être mauvais, tantôt idéalisation négative, le père toxicomane ne pouvant qu'être aspiré par le « côté obscur de la force » et donc être mauvais. Dans les deux cas, le commerce avec le toxicomane donne le sentiment au père toxicomane qu'il ne peut être qu'un homme toxique pour son enfant.

3. L'investissement de la paternité s'accompagne également souvent d'une amélioration des conduites addictives.

Tous les pères toxico-dépendants suivis dans nos consultations qui se sont engagés dans une psychothérapie ont diminué, voire totalement abandonné, les conduites addictives au fur et à mesure qu'ils ont investi leur rôle de père. Ceux qui ont obtenu la garde de leur enfant ont totalement abandonné la drogue.

Réflexion concernant la conduite des psychothérapies de pères toxicomanes

Gergen (2001) prétend que : « Ce que nous sommes, nous le sommes avec les autres. » S'il est un état qui répond exemplairement à cette définition, c'est bien celui de père.

Passée la première évidence, qui est de penser que l'on est père si on est un homme et que l'on a fait un enfant à une femme, il apparaît bien vite que le fait d'être le géniteur d'un enfant ne constitue par forcément « du père ». La paternité ne se déduit pas d'une causalité linéaire, mais d'une arborescence de causes qui interagissent en constituant un système complexe et évolutif. Contrairement à la maternité qui s'est définie comme un fait pendant longtemps, ce qui par ailleurs est de moins en moins vrai, la paternité est une construction sociale qui n'a cessé d'évoluer à travers l'histoire. La désignation du père oscille selon les époques, les religions, les idéologies entre quatre pôles : la volonté (selon le droit romain), le mariage (selon le droit canon), la preuve biologique, la notion de possession d'état (code civil français art. 311-1).

Le concept de paternité est une notion qui a été très utile et très probablement à l'origine même de la socialisation ou inversement. Elle aura contribué à différencier les humains les uns des autres et donc à constituer un ordre social : d'une part sur l'axe de la différence des sexes (père/mère), d'autre part sur l'axe de la différence des générations (père/enfant). Ces différenciations primordiales entre les êtres n'ont probablement existé qu'à partir du

moment où quelques signes sont venus les fonder comme des réalités partageables, c'est-à-dire dans les relations. Sur la base de ces nouvelles réalités, d'autres sont venues se constituer, comme la différenciation entre famille et tribu et avec elle l'instauration d'une distinction entre règles intra-familiales et règles inter-familiales, comme l'explique Robert Neuburger. Pour permettre l'articulation entre ces deux espaces (la famille et la tribu), il fallait quelqu'un (du moins dans le monde indo-européen) qui fasse partie du groupe et soit aussi à l'interface des deux groupes. C'est au père de famille que fut dévolu ce rôle : d'une part comme représentant du social dans la famille, d'autre part comme protecteur de la famille contre les intrusions sociales. C'est-à-dire que, depuis le début de la socialisation, la fonction du père de famille est de gérer les rapports à l'inclusion et à l'appartenance.

L'accession au statut de père, aujourd'hui comme hier, nécessite la création de réalités constituées dans les relations, sur les deux axes de l'inclusion et de l'appartenance, ou, pour le dire autrement, cela dépend des relations du côté de la famille et du côté de la société.

La psychothérapie de soutien de pères toxicodépendants à cette étape de leur cycle de vie peut alors les aider à entreprendre un travail de détoxification du « toxicom ».

Dans le cadre d'un setting familial, l'action thérapeutique consistera le plus souvent à assouplir les frontières trop rigides entre le père du patient et son fils, et à soutenir le réengagement relationnel du père dans la relation à son fils. Le réengagement du père a très souvent des effets positifs sur les sentiments d'appartenance familiale du fils ainsi que sur ses capacités d'inclusion sociale. L'appartenance familiale et l'inclusion sociale ainsi améliorées d'une part rendront moins utile le recours aux toxiques et d'autre part permettront le déploiement d'un sentiment paternel continu et stable.

Dans le cadre d'un setting individuel, quand la relation avec la famille d'origine du père toxicodépendant n'est pas possible, la détoxification passera par la guérison de la « maladie d'idéalité », pour reprendre l'expression de J. Chasseguet-Smirgel. C'est dans la relation avec le thérapeute et à partir de ce qui va s'y transférer de la relation au père que pourra naître chez le patient le sentiment d'être un père suffisamment bon.

Ne pas sous-estimer l'influence de la mère

Le parti pris de cet article a été de se focaliser sur l'axe paternel parce qu'il nous paraît essentiel à la construction de cette conviction qui apparaît ou pas chez les hommes lorsqu'ils ont un enfant et que l'on pourrait nommer « la naissance du sentiment paternel ».

Mais il nous paraît essentiel de ne pas sous-estimer l'influence de l'axe maternel dans la constitution de ce sentiment chez un homme, parce que la rigidification des frontières entre père et fils est souvent soutenue d'un enche-

vêtement du fils avec sa mère, d'un climat incestuel au sens où l'entend Racamier (1995) : « Le fils devient pour sa mère à la fois l'enjeu et l'arme du combat. » La ligature avec la mère est parfois si serrée qu'elle ne lui permet pas d'être un homme pour une autre femme.

Cet axe nous conduit à nous interroger sur la relation de l'homme à sa propre mère, et sur sa relation à la mère de l'enfant.

La reconnaissance par la mère de l'enfant de compétences au père contribue à créer ces compétences et semble être un facteur de stabilisation. La constitution d'un bon partenariat parental peut parfois être soutenue par les thérapeutes. Cela ouvre toujours la voie à une meilleure identité paternelle et maternelle.

La naissance d'un enfant dans la vie d'un toxicomane constitue une crise dont l'issue est aléatoire. Elle va de la suractivité toxique à l'abandon de la vie de toxicomane. C'est donc une occasion de changement, qu'un accompagnement psychologique pertinent peut orienter dans le sens de la vie.

Rodolphe Soullignac, psychologue FSP,
Marina Croquette-Krokar,
médecin psychiatre FMH,
Division d'abus de substances, département de psychiatrie,
Hôpitaux universitaires de Genève
Rue Verte 2 - 1205 Genève (Suisse)

Bibliographie

- ANGEL, S ; ANGEL, P. 1989. *Familles et toxicomanie : une approche systémique*, Paris, Éditions universitaires.
- ANGEL, S. ; ANGEL, P. 2002. *Les toxicomanes et leurs familles*, Paris, Armand Colin.
- BERGERET, J. et al. 1980. *Le toxicomane et ses environnements*, Paris, PUF.
- BERGERET, J. 1990. *Les toxicomanes parmi les autres*, Paris, Odile Jacob.
- BLANCHET, A. 1998. « L'interaction thérapeutique », dans T. Nathan, *Psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.
- CHASSEGET-SMIRGEL, J. 1973-2000. *La maladie d'idéalité. Essai sur l'idéal du moi*, Paris, L'Harmattan, 3^e éd.
- CIRILLO, S. et al. 1997. *La famille du toxicomane*, Paris, ESF.
- GERGEN, K.J. 2001. *Le constructivisme social : introduction*, Paris, Delachaux et Niestlé.
- GLOVER, E. 1932. « On the aetiology of drug-addiction », *International Journal of Psychoanalysis*, 13, p. 298-328.
- HAGGLUND, T.B. ; PYLKKANEN, K. 1977. « Deprivation adolescent drug abuse », *Psychiatrica Fennica*, p. 109-117.
- HARBIN, H.T. ; MAZIAR, N.M. 1975. « The families of drug abuses : a literature review », *Family Process*, 14, p. 411-431.
- HURNI, M. ; STOLL, G. 1996. « L'incestualité », *Médecine & Hygiène*, 54, p. 664-667.
- JEAMMET, P. 2000. « Les conduites addictives : un pansement pour la psyché », dans S.K. Le Poulichet (sous la direction de), *Les addictions*, Paris, PUF.

- LE POULICHET, S. 2000. *Les addictions*, Paris, PUF.
- MINUCHIN, S. 1983. *Familles en thérapies*, Paris, Éditions universitaires.
- NEUBURGER, R. 1995. *Le mythe familial*, Paris, ESF.
- NOONE, J.R. ; REDDING, R.L. 1976. « Cases studies in family treatment of drug abuse », *Family Process*, 15, 3, p. 325-332.
- OLIVENSTEIN, C. 1982. *La vie du toxicomane*, Paris, PUF.
- RACAMIER, P.C. 1995. *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Éd. du Collège.
- SAMANIEGO, M. ; SCHÜRMAN, A.N. 1999. « L'écoute des familles face à la survenue de toxicodépendance de l'adolescent », *Thérapie familiale*, vol. 20, p. 39-49.
- SCHWARTZMAN, J. 1975. « The addict, abstinence and family », *American Journal of Psychiatry*, 132, p. 154-157.
- STANTON, M.O. ; TODD, T. 1982. *The family therapy of drug abuse and addiction*, New York, Guilford Press.

RÉSUMÉ

Les toxicomanes de sexe masculin entretiennent très souvent des relations conflictuelles avec leur père et les images paternelles. Cette conflictualité intense constitue en eux une substance psychique, le « toxicom », qui forme une sorte de poison contre lequel la toxicomanie pourrait alors prendre valeur de remède. Devenir père quand on est toxicomane, c'est réactualiser cette conflictualité intense. Une psychothérapie de soutien à cette étape du cycle de vie peut alors contribuer au travail de détoxification du « toxicom », et ce quel que soit le setting : familial ou individuel.

MOTS-CLÉS

Toxicomanie, paternité, psychothérapie de soutien

ABSTRACT : PATERNITY AND DRUG ADDICTION

Male drug addicts very often maintain a relationship of conflict with their father and the paternal images. This intense conflictuality constitutes a psychic substance, the «toxicom», forming a kind of poison. Drug addiction could then take value of remedy while making the drug addict a toxic man. Becoming a father in this context reactualises this intense conflictuality. A good guiding by supportive psychotherapies at this time of life's cycle could then contribute to do a work of detoxification of the «toxicom», whatever the setting : family or individual.

KEY WORDS

Drug addiction, paternity, support psychotherapy.