

# Comprendre la famille pour aider les adolescents en conduite addictive

Les conduites addictives des adolescents et des jeunes adultes s'inscrivent dans une dynamique familiale complexe. Ce dossier **thema** propose d'explorer ce lien à travers l'approche de la psychopathologie et de l'histoire familiale. Il montre la difficulté d'entreprendre une démarche d'accompagnement, notamment par la thérapie familiale.

Les concepts de l'approche systémique permettent de comprendre les enjeux individuels et collectifs familiaux, que l'on pourrait schématiser en disant que tous les membres de la structure familiale ont un intérêt objectif à maintenir l'inscription du sujet dans la toxicomanie. Celle-ci est rythmée par un cycle de vie et des mythes familiaux dans lesquels le thérapeute devra s'engager pour reconstruire un processus d'affiliation et donner au jeune une perspective de sortie de la toxicomanie et d'émancipation du modèle familial.

Pour aborder cette problématique difficile, Nathalie Duriez décrit en premier lieu les bases théoriques de la thérapie familiale et son utilisation dans la clinique des addictions, Denis Vallée présente un modèle thérapeutique qui se construit dans la singularité de chaque famille, enfin Patrick Dessez et Emmanuelle Muller nous montrent comment l'écoute clinique au sein d'un point-écoute parents en prévention doit permettre de combler le fossé qui se creuse parfois entre le monde symbolique des parents et celui des adolescents. La compréhension du modèle familial est donc une nécessité pour tous les intervenants auprès des jeunes : centres de prévention, écoute téléphonique, consultations cannabis, centres de soins spécialisés...

## Enjeux et concepts de la thérapie familiale

Nathalie Duriez\*

C'est à la période de l'adolescence que les addictions apparaissent le plus souvent. De nombreux parents viennent alors solliciter les professionnels pour mieux comprendre ce qui se passe et trouver l'ajustement nécessaire pour faire face à cette situation. Cette demande de la part des familles a débouché sur différents modes de prise en charge parmi lesquels la thérapie familiale, l'aide psychologique par téléphone, les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ).

Dans cet article, étant jeune thérapeute familiale, je ne présente pas mon modèle personnel qui a besoin de mûrir, mais je décris les bases théoriques de la thérapie familiale et les concepts pertinents pour la clinique des addictions. Le travail avec les familles nécessite une grande créativité de la part des thérapeutes, afin de s'adapter à leur diversité.

\* Psychologue clinicienne, thérapeute familiale au Centre Monceau et enseignante. E-mail : [nathalie.duriez@iedparis8.net](mailto:nathalie.duriez@iedparis8.net)

LA PLUPART DES TRAVAUX effectués dans le champ des addictions ont permis de mieux comprendre comment ces problématiques constituent une pathologie du lien. Cependant les personnes en lien avec le sujet toxicomane ou le sujet alcoolique, et en particulier la famille, ont longtemps été exclues de la prise en charge. En 1978, le rapport de Monique Pelletier met en évidence un certain nombre de dysfonctionnements et de carences dans le dispositif de prise en charge et de soins des sujets toxicomanes, soulignant notamment la nécessité d'une meilleure implication des familles.

Au centre Didro, une première tentative de mettre en place des groupes de parents de toxicomanes a eu lieu dès 1974. Restée sans lendemain, cette initiative sera reprise puis développée à partir de 1986 sous l'impulsion d'Évelyne Richardot, une psychologue ayant acquis une expérience similaire en animant des groupes de parents d'alcooliques.

En 1977, sur l'initiative d'une femme médecin, le Docteur Jeannette Croze-Castet, elle-même mère de toxicomane, a été créée l'Union nationale des associations

familiales de lutte contre la toxicomanie (Unafalt). C'est la première initiative émanant de parents de toxicomanes. La famille est considérée comme un acteur privilégié dans la lutte contre la toxicomanie, tant en ce qui concerne la prévention que la prise en charge et le soutien du jeune toxicomane. L'objectif est de « valoriser le rôle de la cellule familiale de base que constitue la famille dans les actions de prévention ou de prise en charge de la toxicomanie, afin d'en garantir l'efficacité par leur ancrage dans le quotidien ». En 2003, l'Unafalt devient le Centre d'aide aux toxicomanes et famille.

En 1980, Sylvie Angel crée le Centre de Thérapie Familiale Monceau à Paris pour répondre à la demande des parents de toxicomanes. Cette institution devait être complémentaire des autres lieux de soins et s'insérer dans la chaîne thérapeutique, laquelle constitue le modèle de soin français. Depuis, cette approche s'est développée avec la création d'autres lieux comme

le Centre Pégase Processus à Saint-Brieuc ou la Corde Raide à Paris, dans lesquels on pratique la thérapie familiale qui constitue une « alternative » radicalement différente des prises en charge individuelles.

Actuellement, le plan gouvernemental 2004-2008 envisage le développement de lieux d'accueil des parents au sein de

diverses structures intervenant dans le champ des addictions, en particulier les points écoute, les consultations cannabis, les centres de consultation en alcoologie et addictions (CCAA) en complément des services d'écoute téléphonique. Ce dispositif devait également offrir une approche familiale à travers des entretiens associant parents et enfants.

bres de la famille qu'ils interviennent sur la famille dans son ensemble.

Afin d'aider les familles sans être paralysé par la tension émotionnelle qu'elles peuvent transmettre, il a fallu penser un dispositif. Lorsque c'est possible, les salles de thérapie sont équipées d'une glace sans tain et d'une caméra qui permet d'enregistrer la séance. L'intérêt de ce dispositif est de permettre de repérer l'ensemble des interactions verbales et non verbales pendant la séance, et donc d'améliorer le travail des thérapeutes. La glace sans tain et la caméra ont également une utilité pour la recherche et pour la formation des thérapeutes familiaux.

Dans la plupart des cas, les thérapeutes travaillent en co-thérapie. La co-thérapie se pratique de deux façons différentes : les deux thérapeutes sont présents avec la famille en séance, ou l'un des thérapeutes est en séance tandis que l'autre observe ce qui se passe derrière la glace sans tain : il a un rôle de superviseur, se plaçant en retrait, en position « méta » dans le système thérapeutique ; il peut communiquer avec son collègue à l'aide d'un téléphone ou d'un interphone.

Ce dispositif optimise l'analyse de la communication dans la famille : co-thérapie, différence de point de vue des co-thérapeutes (dans la salle avec la famille, ou à l'extérieur derrière la glace sans tain), possibilité de reVISIONNER la séance, etc. Et en même temps, ce cadre très spécifique à la thérapie familiale crée les conditions pour que cette communication s'actualise, puisque la famille est présente dans sa réalité et non pas symboliquement comme dans d'autres types de thérapie.

### Perspectives actuelles

Après les travaux d'Ackerman (1938, 1958, 1966) et de Don Jackson (1957), de nombreux cliniciens ont apporté leur créativité dans le domaine de la thérapie familiale et ont fondé leur école. C'est pourquoi il serait plus correct de parler des thérapies familiales systémiques plutôt que de la thérapie familiale systémique.

À partir des années 1980, nous observons un véritable tournant épistémologique. Les travaux d'Heinz von Foerster (1988) et de la seconde cybernétique ont remis en cause l'objectivité des chercheurs et des thérapeutes et ont montré qu'on ne pouvait séparer l'observateur et le système observé. Ces recherches, auxquelles se sont

## Le développement des thérapies familiales systémiques

### La famille vue comme une unité

Ernest Burgess (1926) est un des premiers à considérer la famille comme un système dynamique constitué de personnes interagissant les unes avec les autres : « Quel que soit le niveau d'observation, l'unité réelle de la vie familiale provient non pas d'une conception légale ou d'un contrat formel, mais de l'interaction des membres entre eux (...). Parce que la famille ne dépend pas pour sa survie des relations harmonieuses entre ses membres, elle ne se désintègre pas non plus nécessairement s'il y a un conflit entre ses membres. La famille est vivante aussi longtemps que l'interaction existe et disparaît seulement lorsque l'interaction cesse. » (p. 6-7).

En 1938 paraît le premier article sur la famille écrit par Nathan Ackerman (1908-1971), le « grand-père de la thérapie familiale ». Pédopsychiatre et psychanalyste à New York, il fut l'un des tout premiers à inclure l'ensemble de la famille dans le traitement de problèmes émotifs d'un individu. Il était particulièrement intéressé par les transferts, les projections entre les membres de la famille ainsi que les rôles tenus par chacun. Il a créé en 1960 un institut de formation à la thérapie familiale, le Family Institute, re-nommé l'Ackerman Institute for the Family en 1971, après le décès d'Ackerman.

### Les théories fondatrices de l'approche systémique

La clinique familiale tient compte de trois niveaux : le niveau interactionnel, le niveau relationnel et le niveau symbolique. La psychanalyse nous a permis de mieux comprendre le niveau symbolique tandis que la compréhension des niveaux interactionnel et relationnel a bénéficié d'un éclairage nouveau avec l'apport de trois

théories : la théorie générale des systèmes (Bertalanffy, 1973), la cybernétique (Wiener, 1948) et les théories de la communication issues de l'œuvre de Gregory Bateson. Le développement des sciences des systèmes s'est poursuivi avec les travaux de la seconde cybernétique (von Foerster, 1988) et ceux de Maturana et Varela (1994) qui ont permis de mieux approcher la complexité des systèmes humains.

La théorie générale des systèmes a permis de comprendre la famille comme un système ouvert et stable. Cette stabilité repose sur le principe de l'homéostasie qui, par des mécanismes de régulation, maintient le système dans une position proche de l'équilibre. Ainsi, la toxicomanie peut être comprise comme un régulateur du système familial puisqu'elle entrave les processus d'autonomisation des adolescents, la drogue plaçant les membres de la famille dans une situation de codépendance comme l'explique Denis Vallée. La cybernétique montre la circularité des interactions à travers les mécanismes de rétroactions négatives : l'effet agit en retour sur la cause. Par exemple, l'addiction d'un enfant génère de l'anxiété du parent, anxiété exprimée par de l'agressivité ou du rejet, à laquelle l'enfant va répondre par une augmentation de son comportement addictif.

### Le dispositif de travail avec les familles

Les thérapeutes convoquent tous les membres de la famille afin de mieux évaluer la communication intrafamiliale, la qualité du climat affectif, les frontières entre les sous-systèmes, les frontières entre la famille nucléaire et les familles d'origine, le degré d'individuation de chacun, les rôles, les alliances et coalitions, les zones de tensions, le réseau de règles, les lois transgénérationnelles, la hiérarchie dans la famille. C'est en réunissant tous les mem-

ajoutées celles d'Humberto Maturana et de Francisco Varela (1994) sur la perception, sont à l'origine de nouvelles approches qui constituent la seconde systémique. Ce tournant épistémologique va s'accompagner de l'apparition de nouveaux courants. La prise de conscience qu'observateur et observé forment un système rend attentif aux limites de l'objectivité : la position du thérapeute ne sera plus celle d'un expert qui sait et qui se doit d'être directif afin

que le processus thérapeutique se mette en place. Ces approches vont, au contraire, favoriser une relation plus égalitaire entre le thérapeute et la famille et insister sur le non-savoir du thérapeute et la non-imposition de ses valeurs, normes et connaissances. L'histoire personnelle et sociale du thérapeute ne peut être détachée de la relation thérapeutique et constitue un outil d'analyse et d'intervention au service du système thérapeutique lui-même.

## Les principaux concepts de la thérapie familiale

Le principe de base de la thérapie familiale est de considérer que le problème n'est pas seulement chez un individu, mais qu'il résulte de la perte de souplesse dans les couplages structurels entre cet individu et son environnement. L'individu est prisonnier d'un dilemme entre son appartenance à la famille et la nécessité de se différencier pour avancer sur le chemin de la vie quand le système familial est trop rigide.

### La structure familiale

La structure de la famille comprend un certain nombre de sous-systèmes : le couple conjugal, le couple parental et la fratrie. Ces sous-systèmes sont séparés par des *frontières*, lesquelles sont définies par des règles très précises indiquant qui peut participer aux différentes transactions intrafamiliales. Les frontières permettent de différencier les systèmes ou sous-systèmes les uns des autres.

Pour un bon fonctionnement familial, les frontières des sous-systèmes doivent être claires. Lorsqu'elles sont diffuses, nous avons un système familial enchevêtré où chacun se sent concerné par ce qui arrive aux autres ; lorsqu'elles sont rigides, nous avons un système familial désengagé où les membres de la famille ne se montrent pas préoccupés par les problèmes des uns et des autres.

Ces termes d'enchevêtrement et de désengagement se rapportent à un style transactionnel ou à une préférence pour un type d'interaction, et non à une différence qualitative entre fonctionnel et dysfonctionnel. Les transactions sont des « séquences répétitives d'échanges verbaux et non verbaux qui se forment dans le cours de la vie quotidienne. Ces séquences répétitives plus ou moins stables sont l'aboutissement d'adaptations réciproques et de négocia-

tions implicites et explicites entre les partenaires, et règlent la plupart de leurs échanges affectifs, cognitifs et comportementaux. » (Wajeman, 1998).

La nature des transactions dans les familles de toxicomanes ne facilite pas les processus d'autonomisation. Par exemple, nous voyons souvent des parents pointant les défaillances ou les échecs de leur enfant alors que celui-ci manque d'assurance et de confiance en lui, ils creusent ainsi un peu plus les blessures et augmentent le manque d'estime de soi de leur enfant. Celui-ci réagit souvent très violemment à ces remarques disqualifiantes, en insultant, voire en frappant les parents qui sont alors amenés à rejeter leur enfant. Le jeune, de plus en plus mal, s'enfonce dans une spirale d'échec, prolongeant ainsi sa dépendance vis-à-vis de ses parents et le recours à la drogue lui permet alors d'oublier les échecs, les mauvaises relations et de sortir un moment de cette spirale..

### Le cycle de vie familiale

Duncan Stanton et Thomas Todd (1982) observent que l'addiction se développe souvent à un moment précis du cycle de vie de la famille. Il s'agit du moment où le jeune doit se séparer de sa famille d'origine. Ils constatent aussi que lorsqu'une séparation doit être envisagée, le sevrage est souvent compromis. L'addiction fonctionne en fait comme un régulateur du système familial car elle place le jeune dans un incessant cycle « de départs et retours » et du coup, il ne parvient jamais à quitter sa famille. L'addiction permet de garder le jeune à la maison, physiquement ou émotionnellement, voire les deux à la fois, et empêche ainsi cette séparation. La famille semble incapable de négocier cette nouvelle étape dans son cycle de vie et crée une crise qui mène à la rechute.

La finalité d'une famille est d'assurer différentes tâches développementales selon le moment du cycle de vie : construire le couple, élever les enfants, leur permettre de devenir autonomes, aménager un nouveau style de vie avec la retraite, etc. C'est souvent dans le moment de transition entre deux étapes du cycle de vie que les difficultés émergent. Autrement dit, les interactions avec les autres, essentiellement les membres de sa famille, ne sont plus adaptées, parce que le contexte a changé : les enfants ont grandi ou un événement touche un des membres de la famille ou la famille tout entière.

Le *concept de cycle de vie familiale*, introduit dès 1948 par Reuben Hill et Evelyn Duvall, permet de distinguer différentes étapes dans ce cycle de vie : le couple sans enfant, la famille avec de jeunes enfants, la famille avec des adolescents, le départ des enfants, le couple parental à la retraite.

Chaque étape possède ses tâches développementales spécifiques, c'est-à-dire que le passage d'une étape à l'autre nécessite certains ajustements notamment dans les rôles assumés par chaque membre de la famille et les règles de fonctionnement du système familial. La maîtrise ou l'accomplissement de ces tâches constitue le premier critère pour un bon développement de la famille. Une maîtrise partielle ou sans succès de ces tâches produit des distorsions potentielles ou des arrêts du développement dans la famille concernée. Le temps est alors en quelque sorte suspendu. C'est ce que nous observons dans les familles où un adolescent souffre d'addiction (toxicomanie, alcoolisme, anorexie, etc.). Le processus d'autonomisation et d'individuation du jeune est bloqué et tant que ce jeune ne peut devenir adulte, la famille demeure à cette étape du couple avec un (ou des) adolescent(s), ce qui évite aux parents d'avoir à accomplir les tâches de l'étape suivante, qui est celle du « nid vide » où les parents vont devoir réaménager leur relation pour vivre à deux.

### Niveau de différenciation dans la famille

Murray Bowen (1978) envisage la famille comme une unité émotionnelle et distingue deux processus relationnels fondamentaux : l'émotionnel et le conceptuel. À l'intersection de ces deux processus se situe le « système des sentiments », niveau où se joue la représentation des affects,

c'est-à-dire leur mise en sens par l'intermédiaire du langage verbal et non-verbal. Bowen définit le concept de « différenciation de soi », qui correspond à une capacité croissante personnelle à différencier ce qui se passe au niveau conceptuel de ce qui se passe au niveau émotionnel. Il place sur une échelle de différenciation les gens en fonction de leur capacité à distinguer ces deux types de fonctionnement, émotionnel et intellectuel. Au niveau le plus bas, ce sont ceux qui ne peuvent pas mettre de mots sur leurs émotions et leur anxiété. Au niveau le plus haut, il place ceux qui, même en situation de stress, sont encore capables de souplesse, d'adaptabilité et se montrent indépendants d'autrui.

Le niveau de différenciation d'une personne est en grande partie déterminé au moment où elle quitte sa famille parentale et tente d'avoir une existence propre ; parce qu'elle ne peut s'empêcher de reproduire le style de vie de sa famille parentale. Si le niveau de différenciation est faible dans une famille, la tension émotionnelle sera contagieuse. Dans ces familles, les individus ont tendance à fusionner, à se mélanger. Bowen parle de « fusion moïque », de « unité émotionnelle familiale », de « masse du moi familial indifférencié » ou encore de « masse indifférenciée de l'ego familial ».

La clinique nous montre que les familles avec un problème d'addiction sont prisonnières de leurs émotions et présentent un niveau d'anxiété élevé. La colère prend la place d'une analyse du ressenti. La thérapie familiale peut aider chacun à se défaire de l'enlacement émotif dans lequel tous se trouvent enchaînés.

### Les mythes familiaux

Le thérapeute familial est sensible aux croyances, aux rituels, aux mythes qui appartiennent spécifiquement à la famille qu'il reçoit. Certaines croyances peuvent être transmises par les générations précédentes, mais d'autres vont être construites par la famille actuelle. Le concept de mythe familial, développé par Antonio Ferreira (1963, 1966, 1977) dans le cadre des travaux de l'École de Palo Alto, se rattache à la théorie de la famille sur elle-même en tant que famille, théorie qui peut être verbalisée mais qui peut être aussi sous-jacente et non exprimée verbalement.

« La notion de mythe familial se rapporte à un certain nombre de croyances assez bien systématisées, partagées par tous les membres de la famille, concernant leurs

rôles mutuels dans la famille et la nature de leur relation. Ces mythes familiaux contiennent de nombreuses règles masquées de la relation, règles qui demeurent dissimulées, sous la gangue triviale des routines et des clichés familiaux. Certains de ces mythes, comme on le voit à ce qu'ils opèrent en douceur, sont si bien intégrés à la vie quotidienne qu'ils finissent par faire partie intégrante du contexte perceptif dans lequel les membres de la famille mènent leur vie commune. Aussi criantes de fausseté qu'elles puissent éventuellement paraître à l'observateur extérieur, ces croyances organisées – au nom desquelles la famille instaure, maintient et justifie de nombreux modèles interactionnels – sont partagées et soutenues par tous les membres de la famille, comme autant de vérités dernières échappant à toute critique ou remise en question. » (Ferreira, 1977, p. 85-86).

Anna Maria Nicolo Corigliano insiste sur les liens entre le mythe et son inscription dans l'histoire familiale, « le mythe joue une fonction importante dans la complexité de la vie fantasmagorique familiale et contribue aux processus d'identification de chaque individu, entrant ainsi à juste titre dans la sphère transgénérationnelle ».

D'une façon synthétique, Nicolo Corigliano considère les mythes comme des fantasmes inconscients, groupaux et transgénérationnels qui font partie de l'univers symbolique familial et qui assurent la continuité de la culture du groupe familial ; ils concernent l'histoire de la famille, se remodelent dans le temps, tout en conservant un noyau d'origine intact, qui demeure parfois secret à travers les générations.

Pour J-G. Lemaire (1989), le mythe est au groupe familial ce que le fantasme est à l'individu. « Le mythe familial marque ainsi la frontière entre la famille et le reste du monde, il va permettre de cerner l'appartenance de chacun à l'intérieur de ce groupe » (Lemaire, 1989, p. 142). Le mythe est en effet constitutif de différenciation et de limites. La culture familiale, engendrant des rituels, des cérémoniaux, des obligations et des interdits, a toujours la double fonction de limiter et de structurer ; ainsi le rituel confirme l'appartenance à un collectif identificatoire. C'est dans ce sens qu'on peut parler de « phénomène auto-référentiel d'inspiration autopoïétique » pour qualifier la famille, signifiant par là que le système familial engendre sa propre frontière (Stigler, 1990).

Rappelons que « les processus auto-référentiels constituent le phénomène dynamique par lequel le système humain s'authentifie dans son originalité et se trouve, par là même, et stable et vulnérable, car il est sa propre référence. » (Caillé, 1985, p. 61).

Ce concept de mythe familial est important dans le travail avec les familles. Tout d'abord parce que pour aider la famille à trouver le chemin du changement, il faut respecter ce mythe et plus simplement car la compréhension du modèle mythique de la famille peut permettre de construire un contexte thérapeutique et de définir des objectifs adaptés à la famille. Les mythes familiaux chez les familles de toxicomanes sont multiples. Angel et Angel (2003) décrivent le mythe de l'harmonie familiale, le mythe de la marginalité, le mythe de pardon, d'expiation et de salut, le mythe de la nécessité d'un absent.

Denis Vallée nous montre, dans l'article suivant, le rôle du mythe conjugal dans les familles dépendantes. Les relations dans le couple parental étant de même nature que des relations de sang, l'autonomisation de chacun des membres du couple est impossible et de même, les enfants, à l'adolescence, ne pourront construire leur autonomie.

En tenant compte de cette illusion partagée par tous les membres de la famille, le thérapeute, pour construire une alliance thérapeutique avec cette famille, entrera dans un lien d'apparement thérapeutique avec eux en fonctionnant comme eux. Il usera pour cela de métaphores et se montrera dépendant de la thérapie en se situant dans un lien indéfectible avec la famille. Le thérapeute met en place ce contexte thérapeutique avec l'objectif de permettre à la famille de remplacer le produit par la thérapie.

### La loyauté

La loyauté est un concept issu de l'approche contextuelle développée par Boszormenyi-Nagy (1973) pour désigner le besoin existant chez chaque individu de répondre aux attentes d'ordre relationnel du groupe familial dans lequel il est engagé.

Tous les membres d'une famille sont enveloppés dans un réseau de loyautés mutuelles consistant en un ensemble de droits et de redevances réciproques. C'est ainsi que chaque membre est amené à intérioriser

les attentes du groupe, est censé adopter un comportement permettant de se conformer aux injonctions internalisées et d'honorer les attentes inscrites dans le patrimoine.

La loyauté serait cette dette que chaque enfant porte envers ses parents. L'enfant doit sa venue au monde à ses parents. Ayant reçu la vie, il va éprouver le besoin de s'acquitter d'une obligation éthique à l'égard de ses géniteurs. Quels que puissent être les événements survenus depuis sa naissance, ce lien de loyauté en tant qu'obligation existentielle et éthique va perdurer toute sa vie. Une fois que les parents ont acquis leur légitimité aux yeux de l'enfant, il sera loyal pour, en quelque sorte, rembourser sa dette envers eux pour ce qu'ils lui ont apporté. Il s'agit là de loyautés verticales, mais lorsqu'il s'agit de relations entre pairs, des loyautés horizontales s'instaurent de la même façon. Dans une famille, l'équilibre entre le

*donner et le recevoir* est nécessaire. C'est ce que Boszormenyi-Nagy décrit sous le concept d'éthique relationnelle.

La loyauté est liée à l'histoire de la famille et au maintien dans la famille du passé. Les loyautés transgénérationnelles sont des obligations vis-à-vis des générations précédentes. Ainsi un enfant peut répéter par loyauté les erreurs de ses parents.

Les problématiques d'addiction peuvent ainsi être vues comme une loyauté lorsqu'ils touchent également la génération précédente. En s'appuyant sur la dimension éthique, Boszormenyi-Nagy propose une lecture transgénérationnelle du symptôme qui apporte de nombreux éclairages sur des conflits non résolus, des secrets, des « non-dits », qui bloquent les familles. Elle a permis d'élargir l'interprétation et également de mettre en évidence la redondance des répétitions et surtout des mêmes solutions à travers les générations.

nécessité d'un travail suivant un axe transgénérationnel. Le rétablissement de contacts affectifs avec les générations antérieures est souvent un facteur thérapeutique fondamental dans la résolution des perturbations.

- **La surreprésentation des traumatismes vécus par les familles et précédant l'entrée du jeune dans la toxicomanie** : de nombreux décès ou accidents sont survenus dans les années précédant l'adolescence de ces jeunes.

- **La surreprésentation des problèmes organiques et psychologiques présentés par les parents** : 50 % des parents présentent des pathologies organiques (cancers, leucémies...) ou psychologiques (alcoolisme, dépression...), et ne sont guère disponibles vis-à-vis de leurs enfants. Bien souvent, ces parents ne bénéficient d'aucune aide individuelle.

- **Les pathologies associées des frères et sœurs (75 %)** : le contexte des thérapies familiales permet de repérer les difficultés des frères et sœurs, telles d'autres comportements toxicomaniaques, tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire.

- **Les phénomènes d'acculturation et de déculturation** : ils jouent un rôle important lorsqu'une rupture culturelle n'a pas été bien intégrée. Il s'agit souvent d'un décalage culturel entre les générations (parents par rapport à leurs familles d'origine, ou enfants immigrés de la seconde génération), mais il existe quelquefois des ruptures culturelles majeures entre le père et la mère par exemple. Ces facteurs concourent à renforcer les dysfonctionnements familiaux.

À l'issue de la présentation de ces concepts et de ces travaux, nous pouvons mesurer toute la pertinence de la thérapie familiale avec les familles à transaction addictive. Cependant il n'est pas aisé de mettre en place un cadre de travail avec ces familles, d'une part parce que le thérapeute est souvent confronté à l'absence d'un membre de la famille et d'autre part parce que les séances peuvent parfois être très chargées émotionnellement, voire violentes. Il arrive que le jeune usager de drogue sorte de la salle en claquant la porte ou qu'un parent ne vienne plus parce que son enfant a pu exprimer son désir d'autonomie en séance, ce qui s'avère insupportable pour ce parent.

## Les travaux sur les familles de toxicomanes

L'extension des problématiques d'addiction à travers le monde a fait l'objet de nombreuses réflexions et études qui concernent les familles de toxicomanes et l'usage d'héroïne. Sylvie et Pierre Angel (1989) ont relevé plusieurs éléments caractéristiques des familles d'héroïnomanes qui spécifient les agencements relationnels et les anamnèses de ces familles :

- **La cécité familiale** : il existe un temps de latence entre le moment du début de l'intoxication du jeune et le moment où la famille repère cette conduite. Les proches ne voient pas les indices multiples qui trahissent l'intoxication qui est le plus souvent dénoncée par un tiers. En fait, la cécité familiale renvoie à un mécanisme de déni qui est partagé par l'ensemble des membres du groupe familial et qui rappelle la minimisation des troubles observés dans certaines familles d'anorexiques mentales.

- **Le déni de l'enjeu mortel** : le déni de l'enjeu mortel des conduites à risque du jeune est le fait de l'ensemble du groupe familial. Le risque vital, sans cesse présent, est rarement envisagé consciemment par les membres de la famille.

- **L'absence de barrières générationnelles allant jusqu'aux relations quasi-inces-**

**tueuses** : souvent pris au piège d'une escalade sans fin des transgressions, les partenaires du jeu toxicomaniaque sont confrontés à l'interdit suprême : l'inceste. Favorisée par l'effondrement des barrières générationnelles, la relation père/fille, et plus souvent mère/fils, deviendra le « vrai mariage » de la famille, légalisée par l'entourage. Les comportements parincestueux témoignent de l'extrême enchevêtrement des relations intrafamiliales. La loi d'exogamie fondée sur la rencontre, l'échange et le partage fait l'objet, dans ces familles, d'une remise en question radicale.

- **Les transgressions transgénérationnelles** : une meilleure connaissance de la « saga familiale » et l'examen de schémas répétitifs sur plusieurs générations permettent de mettre en évidence la multiplicité des transgressions répétitives d'une génération à l'autre. La pression continue que ces adolescents exercent pour convaincre leurs thérapeutes de l'intensité de leurs conflits avec leur famille d'origine a longtemps masqué l'importance des liens intra et transgénérationnels qui se sont tissés dans ces systèmes familiaux. Il est nécessaire, dès les premiers entretiens, d'appréhender l'implication des grands-parents dans la dynamique familiale et la

Avec ces familles, le thérapeute doit véritablement s'engager pour réussir le processus d'affiliation, il doit faire preuve d'une grande ouverture d'esprit, d'une capacité d'adaptabilité et de flexibilité, laissant de côté ses théories... ou co-construisant de nouvelles théories avec la

famille. Le thérapeute qui prend le risque d'entrer dans le monde des familles à transaction addictive découvre alors des opportunités de développer sa créativité à leur contact car ces familles ont le pouvoir de transformer les thérapeutes en artistes.

## Bibliographie de l'auteur

- Ackerman N-W : « The unity of the family » - In *Archives of Pediatrics* 55 : 51-62 (1938)
- Ackerman N-W : *The psychodynamics of family life* - New York, Basic Books (1958)
- Ackerman N-W : *Treating the troubled family* - New York, Basic Books (1966)
- Angel P & Angel S : *Familles et toxicomanies* - Paris, Éd. Universitaires (1989)
- Angel S & Angel P : *Les toxicomanes et leurs familles* - Paris, Armand Colin (2003)
- Bertalanffy L (von) (1968) : *General System Theory, Foundation, Development, Applications* - New York, G Braziller ; trad. fr. : *Théorie générale des systèmes* - Paris, Dunod (1973)
- Boszormenyi-Nagy I & Spark GM : *Invisible loyalties : reciprocity in intergenerational family therapy* - New York, Harper & Row (1973)
- Bowen M : « Alcoholism and the family system » - In *Annals of the New York Academy of Science* 233 : 115-122 (1974)
- Bowen M (1978) : *La différenciation du soi* - Paris, ESF (1984)
- Burgess E (1926) : « The family as a unity of interacting personalities » - In GD Erikson & TP Hogan : *Family therapy : An introduction to theory and technique* - Monterey, CA, Brooks/Cole : 6-7 (1972)
- Caillé P : *Familles et thérapeutes. Lecture systémique d'une interaction* - Paris, ESF (1985)
- Duvall EM : *Family development* - Philadelphia, Lippincott (1957)
- Ferreira A : « Family myths and homeostasis » - In *Archives of General Psychiatry* 9 : 457-463 (1963)
- Ferreira A : « Family myths » - In *Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association* 20 : 85-90 (1966)
- Ferreira AJ (1977) : « Les mythes familiaux » - In P Watzlawick, JH Weakland : *Sur l'interaction*, Paris, Le Seuil (1981)
- Foerster (von) H : « La construction d'une réalité » - in P Watzlawick : *L'invention de la réalité* - Paris, Le Seuil (1988)
- Jackson DD : « The question of family homeostasis » - In *Psychiatric Quarterly Supplement* 31 : 79-90 (1957)
- Lemaire J-G : *Famille, amour, folie, lecture et traitement psychanalytique des liens familiaux* - Paris, Paidos/Centurion : 142 (1989)
- Maturana H & Varela F : *L'Arbre de la Connaissance. Les racines biologiques de la compréhension humaine* ; trad. de l'américain par François-Charles Jullien avec la collab. de Hélène Trocmé-Fabre - Paris, Addison-Wesley (1994)
- Nicolò Corigliano AM : « La dimension transgénérationnelle entre le mythe et le secret » - In Prieur B : *Les héritages familiaux* - Paris, ESF : 78 (1996, 1999)
- Pelletier M : *Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de drogues* - Paris, La Documentation française (1978)
- Stanton MD & Todd T : *The family therapy of drug abuse and addiction* - New York, Guilford Press (1982)
- Stigler M : « La famille : phénomène autoréférentiel et non pas système autopoïétique » - In *Thérapie familiale* vol 11, n° 3 : 323-329 (1990)
- Wajeman M : *Familles en thérapie* - Paris, Delarge (1998)
- Wiener N : *Cybernetics. Control and communication in animal and machine* - New York, Wiley (1948)

# Les familles dépendantes

## Introduction à la clinique des systèmes flous

Dr Denis Vallée\*

L'expérience clinique auprès des familles montre que l'inscription dans la dépendance repose sur des mythes familiaux et un idéal de couple qui fige le modèle familial et l'empêche d'évoluer. Les membres de la famille sont capables d'interchanger leurs rôles. Dans ce modèle, la toxicomanie renforce l'illusion, avec des limites toujours mouvantes, de l'existence du lien de parenté. Le manque se substitue au lien familial, c'est pourquoi le sevrage du sujet toxicomane est toujours vécu comme une mise en danger d'un lien familial « indéfectible ».

Dans ce contexte le rôle du thérapeute est difficile et varie suivant qu'il se situe dans une approche thérapeutique de sevrage ou au contraire s'il respecte la relation au produit (substitution, counselling, autosupport), approche qui semble la seule à même de lui donner une légitimité dans le processus d'appareillement thérapeutique, c'est-à-dire dans la capacité de substituer au manque un lien thérapeutique durable et constructif.

Ce lien fonctionne sur l'ajustement du temps et de l'espace et en ce sens peut être considéré comme un système thérapeutique « flou ».

\* Psychiatre  
Thérapeute familial et formateur  
Centre Monceau  
E-mail : dvallee001@rss.fr

### Le mythe conjugal dans les familles dépendantes

#### L'illusion maintient le mythe du couple parental idéal

La fonction de l'illusion dans les familles dépendantes se situe dans les diverses représentations que partage, souvent sur plusieurs générations, l'ensemble des personnes qui les constituent. Ces représentations forment le **mythe fondateur** de ces familles. Ce mythe concerne un **idéal de couple** dont les traits principaux peuvent être esquissés à partir d'éléments cliniques :

- Le couple conjugal idéal est un couple sans sexualité ou presque. Il ne permet pas aux conjoints de poursuivre les processus d'autonomie déjà engagés par rapport à leur propre famille d'origine ;
- Le fantasme de l'absence de conflits ouverts dans le couple semble être une constante malgré le délabrement relationnel réel. Le couple idéal est souvent décrit comme un espace de relations aconflituelles et asexuées ;
- Le mythe est contemporain de la constitution du couple. Il s'est constitué avant la naissance des enfants ou lorsqu'ils étaient encore très jeunes. Souvent une histoire, un souvenir, incarne la métaphore de cet idéal qui circule dans la famille de telle façon qu'**il est impossible de métacom-muniquer sur les relations au sein de ce couple**.

Lors des entretiens avec les familles de toxicomanes, il est implicite que le thérapeute ne doit pas aborder les difficultés réelles et actuelles des parents. Cela est parfois exprimé très clairement : « Vous pouvez parler de tout excepté de notre couple ». Si le thérapeute insiste, bien souvent il est écarté de ce sujet par une bana-

lisation, voire la dénégation des difficultés auxquelles ces personnes sont confrontées. Le travail psychothérapeutique est souvent perçu par la famille comme une critique, une tentative de destruction, voire une attaque contre le mythe donc contre le couple. Le thérapeute, par son acceptation de l'invulnérabilité du couple, c'est-à-dire le respect du couple idéal, valide le mythe fondateur de l'ensemble de la famille.

#### L'endogamie illusoire

Le mythe fondateur des familles dépendantes repose sur l'existence de relations dans le couple conjugal qui seraient de même nature que des liens de sang. Le mythe est l'expression de la transmission transgénérationnelle de l'idée selon laquelle une relation conjugale équivaldrait par sa nature, à des relations parents-enfants ou bien frères-sœurs. Chacun dans ces familles, se situe toujours dans une relation de parenté consanguine avec les autres. En ce sens, dans les familles dépendantes, un mari peut tout à fait se comporter avec sa femme comme un aïeul, un père, un frère ou un fils. Une épouse peut, quant à elle, se situer à l'égard de son mari comme une aïeule, une mère, une sœur ou une fille.

Les familles dépendantes appartiennent à la catégorie des *systèmes flous*, aux limites toujours mouvantes qui sont des espaces relationnels uniquement constitués de liens qu'on voudrait idéalement indéfectibles. Ces familles n'existent que dans le flou des frontières qui les séparent du mode extérieur. L'illusion mythique, qui sous-tend leur constitution, se fonde sur le fait que les relations dans le couple paren-

tal sont de même nature que des relations de sang. C'est-à-dire que l'homme et la femme qui le forment n'ont pas eu besoin de franchir ces frontières et de sortir hors de leur propre famille d'origine pour aller chercher ailleurs, dans le monde, un étranger ou une étrangère pour former un couple nouveau. *L'apparement illusoire est sous-entendu par le refus de l'exogamie.*

Ce refus de l'exogamie dénie toute autonomie puisque à aucun moment, du point de vue mythique, il n'a fallu sortir des familles d'origine pour aller chercher à l'extérieur une personne avec laquelle on se lie pour fonder une nouvelle famille. Le mythe réduit les différences qui existent entre les deux conjoints ; elles sont trop dangereuses à révéler puisqu'elles pourraient être des facteurs aggravant la distance relationnelle, les tensions et peut-être provoquer l'émergence des conflits dans un contexte où l'aconflictualité (l'absence de conflits) est la règle. Elida Romano et Didier Destal (1994) parlent de couples actuels.

*L'illusion de parenté entre les époux maintient l'illusion sur la nature réelle de leur relation de couple.*

### Enfants idéaux et enfants réels

Les enfants issus du couple mythique sont forcément idéaux tant que ne se pose pas la question de leur procréation. Ils sont les fruits de relations entre un homme et une femme liés l'un à l'autre par une illusion de parenté. Ce ne sont pas des enfants tout à fait comme les autres. Ils peuvent, eux-mêmes, pour servir le mythe, entretenir avec leurs parents des relations autres que filiales. Dans ces familles, un fils et une fille peuvent se comporter à l'égard de leurs parents comme des aïeux, des parents, des frères et des sœurs et éventuellement comme des enfants.

*L'interchangeabilité des rôles et des fonctions de consanguinité dans le couple conjugal est renforcée par l'interchangeabilité des rôles et des fonctions des enfants. Ce mécanisme distingue les familles dysfonctionnelles non rigides des familles rigides dans lesquelles les rôles et les fonctions de chacun des membres sont définis précocément sans évolution dans le temps.*

Par ses passages à l'acte répétés, le toxicomane, d'une certaine façon, renforce le mythe du couple dans le sens où il ne peut pas être, à l'évidence, l'enfant que ses parents auraient souhaité. Mais comment

imaginer l'enfant issu d'une relation entre un homme et une femme qui ont l'illusion d'entretenir entre eux des liens de parenté ? Certains désirs de mort du toxicomane et certains infanticides, exprimés ou agis par tel ou tel membre de la famille, sont peut-être une expression de l'impossibilité de renoncer au mythe fondateur qui lie les membres de la famille les uns aux autres. Ces désirs de mort souvent exprimés, ou ces crimes parfois commis, impliquent que le toxicomane, par son existence même, met en péril la validité du mythe fondateur du couple. S'il est vraiment l'enfant du couple, alors les parents ne peuvent plus maintenir entre eux l'illusion de parenté et le mythe perd de sa force avec toutes les conséquences prévisibles et imprévisibles que cela pourrait engendrer.

L'addiction tente de rendre possible une rupture, souvent brutale, comme une façon d'échapper à la force du lien. Cependant, il est illusoire de vouloir rompre un lien de sang. Comme l'écrivent Aussenberg, Czernichow et Gébérowicz (1994), « la dépendance au produit a progressivement rapproché le toxicomane de sa famille et a transformé en contrainte un espace de liberté qu'il pensait avoir gagné » (p. 146). C'est au moment où le toxicomane pense qu'il est le plus loin de sa famille, le plus détaché des contraintes liées à la loyauté que, tout à coup, au travers de la dépendance au produit, il s'aperçoit qu'il est toujours à l'intérieur de la famille et que ce qu'il croyait être de l'autonomie n'est en réalité qu'une illusion qui n'a fait que renforcer, un peu plus, le mythe fondateur.

## Les outils de l'affiliation dans les familles dépendantes

### Dépendance et codépendance

Françoise Rougeul (1991) définit l'affiliation comme l'ensemble des processus par lesquels le thérapeute et la famille se lient. Cela implique de la part du thérapeute systémique une immersion émotionnelle et affective dans les échanges avec la famille ; il se crée ainsi, dans le contexte thérapeutique, une « dépendance », condition à l'élaboration d'un système thérapeutique « autonome ». Cela implique la création d'un mythe commun aux membres de la famille et au thérapeute en tant que support de l'affiliation fondé sur l'illusion que tous pourraient entretenir des liens de parenté.

En pratique clinique, il existe des familles qui, contrairement aux systèmes rigides bien étudiés en systémie, n'ont ni une structure rigide, ni des limites imperméables. On travaille donc en thérapie avec des familles dysfonctionnelles non rigides pour lesquelles les stratégies de changement fondées sur la redéfinition ne fonctionnent pas ou qui, en tout cas ne donnent pas les résultats escomptés.

Les familles de toxicomanes et plus généralement l'ensemble des familles présentant un problème de **dépendance** à des substances toxiques licites ou illicites, semblent appartenir à ce groupe des systèmes dysfonctionnels non rigides. La dépendance est constituée de l'ensemble des interactions de la famille avec le ou les produits ; elle est donc un mode de rela-

tion entre les divers membres de la famille. L'usage des drogues est une **codépendance**. C'est une façon de dire que « la famille est dépendante du produit », selon l'expression de Patrick Chaltiel, c'est cette dépendance qui définit la famille en tant qu'unité structurelle et fonctionnelle.

### Le manque est une illusion relationnelle

L'un des aspects de cette codépendance est représenté par le **manque**. Le manque est un accord relationnel profond entre tous les membres de la famille convaincus que tout sevrage provoque forcément l'apparition d'un certain nombre de symptômes physiques et psychiques qui signifieraient avec certitude l'absence de produit. Les familles d'usagers de drogues utilisent **l'idée du manque** comme un élément relationnel homéostatique qui maintient la cohésion de leur structure. Chaque membre est persuadé qu'il n'est pas possible pour l'usager de drogues d'arrêter spontanément son intoxication. Il circule l'idée qu'il existe un **lien indéfectible** entre l'usager et son produit.

### L'indéfectibilité du lien dans les familles de toxicomanes

Pourtant, seules les relations de sang forment des liens indéfectibles. Il s'agit, d'une part, des liens transgénérationnels, ceux qui unissent les grands-parents, les parents et les enfants et, d'autre part, de liens fra-

ternels. Un parent ne peut pas rompre les liens qui l'unissent à un enfant, tout comme un frère ne divorce pas d'avec sa sœur.

Dans les familles de toxicomanes, **le produit est un apparentement**, comme si les relations au produit étaient du même ordre que celles qui unissent entre eux les différents membres de la famille. En ce sens, considérer le sevrage comme une rupture de ce lien est une illusion à laquelle personne dans la famille ne veut croire car les liens de sang ne peuvent jamais être brisés. La rupture que représente souvent pour les familles l'expérience toxicomaniaque n'est que factice. Le lien perdure au-delà des conflits, des silences et des absences de tel ou tel membre de la famille.

Les rechutes successives sont l'une des expressions de l'indéfectibilité du lien entre la famille et le produit. Les reprises de l'intoxication valident les croyances selon lesquelles le toxicomane ne peut se débarrasser du produit quelles que soient ses motivations personnelles. Cela revient à dire qu'arrêter de prendre de la drogue est du même ordre que de se débarrasser d'un des membres de la famille.

**Ce n'est pas un produit auquel on s'attaque lorsqu'on parle de sevrage, mais bien à une relation particulière.**

L'indéfectibilité du lien entre l'utilisateur et son produit est renforcée par les sevrages médicalement assistés. Les membres de la famille ainsi que l'utilisateur sont persuadés que les médecins remplacent le toxique par d'autres drogues même si on les appelle médicaments. La confusion est toujours entretenue entre la prise de toxiques et la prise de médicaments. Cela conforte chacun dans l'idée que le sevrage est illusoire qu'il soit individuel, familial ou encore médicalement assisté. « Toutes les formes de sevrage ont à peu près toutes la même inefficacité », telle pourrait se formuler la croyance la mieux partagée à la fois par les familles dépendantes et les médecins ainsi que par le grand public.

### Manque, causalité linéaire et désignation

Le manque est l'objet promotionnel par excellence que les familles dépendantes montent. Il a comme fonction d'imposer un lien de causalité linéaire entre l'arrêt et la prise de produit, c'est-à-dire le sevrage, et certaines manifestations physiques et psychiques. Ce lien de causalité linéaire pourrait s'exprimer de la manière suivant

te : « Il, ou elle, est en manque parce qu'il, ou elle, a arrêté de se droguer. »

Le manque est un objet promotionnel qui fonctionne également à l'extérieur de ces familles. Tout le monde est prêt à certifier que le manque est la donnée fondamentale de la dépendance. En ce sens, les médecins sont d'excellents agents de promotion du manque. Beaucoup affirment par exemple que les zoopsies du *Delirium Tremens* sont directement liées au sevrage d'alcool alors qu'elles ne sont peut-être que l'une des multiples manifestations des interactions du tissu cérébral avec l'alcool comme il en existe d'autres pendant l'ivresse.

Le lien qu'on impose entre le sevrage et l'apparition du manque est l'expression d'une certaine idée de la causalité en vigueur au sein des familles dépendantes. Cette idée circule également en dehors d'elles. C'est ce qu'on peut appeler en thérapie : *la drogue dans les relations*.

**La drogue dans les relations** est l'ensemble des stratégies que les familles dépendantes mettent en place pour valider ce lien de causalité linéaire entre sevrage et manque et qui permettent la désignation de l'utilisateur.

### La notion de transaction addictive

On appelle **transaction addictive** l'ensemble des interactions en œuvre dans les familles qui viennent consulter pour un problème de dépendance. Le concept de transaction addictive est, avant tout, un outil pour la recherche et le travail clinique qui a été conçu d'abord par François-Xavier Colle puis repris par une grande partie de l'équipe du Centre de Thérapie Familiale Monceau. La descrip-

tion d'un fonctionnement familial particulier, fondé sur un type de transaction identifiable, pose à nouveau la question d'une nosologie des fonctionnements relationnels des systèmes humains.

Duncan Stanton et Thomas Todd (1982) définissent avec leurs collaborateurs du *Philadelphia Child Guidance Clinic* un modèle d'intervention dans les familles d'utilisateurs de drogues. Pour eux, il est clair que la dépendance à des substances toxiques est fortement reliée à certaines caractéristiques du cycle vital de ces familles. Le moment crucial de l'apparition de l'addiction est représenté par le changement que provoque le passage de la dépendance de l'adolescence à l'indépendance de l'âge adulte. Selon ces auteurs, l'addiction est un avatar qui se révèle dans le processus d'autonomie de l'utilisateur de drogues et de sa famille.

En France, Sylvie Sternschuss-Angel, Pierre Angel et Bernard Gébérowicz (1983) affirment qu'il n'existe pas de spécificité d'interactions dans les familles d'utilisateurs de drogues même si on repère des séquences relationnelles et des liens interpersonnels spécifiques aux familles d'héroïnomanes. Ils n'ont pas voulu à l'époque définir la transaction addictive comme une constante d'un fonctionnement relationnel familial fondé sur la dépendance.

Plus tard, Pierre et Sylvie Angel (1989) précisent un peu plus les diagnostics relationnels différentiels entre les familles d'utilisateurs récréatifs de drogues ou les familles d'utilisateurs de solvants volatils et enfin les familles d'héroïnomanes. Par ces distinctions diagnostiques, ces auteurs, de fait, proposent une nosologie qui ne veut pas dire son nom et qui se fonde là sur la nature particulière du produit.

## Thérapies des personnes ou des familles dépendantes

### Les deux approches thérapeutiques

De manière schématique, on peut dire qu'il existe deux grandes catégories de prise en charge des personnes ou des familles dépendantes.

**La première catégorie** est constituée de l'ensemble des méthodes, thérapeutiques ou non, dont le but est le sevrage.

Ces méthodes ont pour objectif la rupture du lien de dépendance qui existe entre

l'utilisateur et sa famille avec les produits. Entrent dans cette catégorie :

- les méthodes chimiothérapeutiques ou psychothérapeutiques de sevrage ;
- les formes de prise en charge qui impliquent un arrêt préalable de l'intoxication (admission, souvent contractuelle, des personnes dépendantes dans des établissements de cure ou de post-cure) ;
- certains groupes néphalistes de relations d'aide, du type Alcoolistes Anonymes ou

Narcotiques Anonymes, qui fondent leurs actions sur le sevrage. Il s'agit des groupes qui demandent aux usagers de participer aux réunions sans avoir pris de produit.

**La seconde catégorie** regroupe toutes les approches, thérapeutiques ou non, qui respectent la relation au produit.

La lutte contre le Sida a renforcé cette approche centrée sur le respect de la relation aux produits puisqu'elle vise à lutter contre les pratiques à risques plutôt qu'à en interdire les usages.

Entrent dans cette seconde catégorie :

- l'ensemble des traitements de substitution, principalement par la méthadone ou autres dérivés morphiniques ;
- les programmes d'échange de seringues ;
- les relations d'aide et de soutien, type *counselling*. Elles sont souvent menées par des non-professionnels militants d'associations de lutte contre le Sida ou de groupes d'usagers de drogues (groupes d'autosupport). Ces relations n'ont pas pour but le sevrage en lui-même. Les personnes qui agissent dans ces associations ont pour objectif l'accueil, le soutien et l'accompagnement des personnes dépendantes ;
- les méthodes qui, directement ou indirectement, utilisent le lien au produit comme outil de changement.

Le choix entre les deux approches thérapeutiques ne se définit pas en fonction des théories. Elle tient plutôt compte des positions individuelles des thérapeutes ou bien des intervenants qui pratiquent des relations d'aide. Ce sont les personnes qui, dans leurs actions et selon les contextes dans lesquels ils travaillent, décident si leurs relations aux usagers de drogues et à leurs familles ont pour objectif la rupture du lien de dépendance (donc du sevrage) ou au contraire son respect (c'est-à-dire travailler avec le manque).

Les théories psychologiques représentent souvent des justifications après coup des pratiques cliniques. Elles se trouvent là au même niveau que les positions politiques. Un même argument théorique peut tout aussi bien valider une intervention qui prône le sevrage ou une intervention qui vise à respecter le lien de dépendance. Dans *Une théorie de l'alcoolisme*, Gregory Bateson (1972) écrit que « la voie des Alcooliques Anonymes n'est probablement pas la seule conséquence correcte

de l'épistémologie de la cybernétique et de la théorie des systèmes ». C'est une voie qui passe par le sevrage. Ce sont les mêmes arguments épistémologiques et théoriques qui servent à emprunter une autre voie, celle du respect de la relation de dépendance de la famille au produit.

Il faut donc bien parler ici de la personne du thérapeute. Serge Hefez (1994) illustre ce fait lorsqu'il écrit : « Nous nous étions exclus avec nos patients dans un superbe isolement thérapeutique et notre position éthique sur le libre choix est devenue, à notre insu, une idéologie sélective porteuse d'exclusion. » Les deux grandes catégories d'approches thérapeutiques sont en réalité isomorphes au clivage qui existe entre les thérapeutes du sevrage et les thérapeutes du manque.

### Les thérapeutes du sevrage

Les thérapeutes du sevrage ont pour but la rupture du lien de dépendance. La dépendance est pour eux le symptôme à combattre. Ils espèrent créer des espaces relationnels sans drogue avec leurs patients. Les personnels des services médicaux de sevrage, ceux des établissements de cure ainsi que ceux des post-cures ont des modèles d'intervention qui se fondent sur ce principe.

La caricature de cette politique du sevrage était représentée par les « enclos patriarcaux » qui existaient un peu partout en Europe. Ils étaient l'une des manifestations d'une idéologie qui tendait à imposer le « tout sevrage » comme méthode universelle de lutte contre les toxicomanies et la dépendance. Les « enclos patriarcaux » étaient définis par leur créateur comme des espaces « drogue – » et ceux qui en ont la charge assurent que ces espaces ne contiennent pas de drogue. Ils étaient définis comme des isolats de pureté, aux parois étanches, plongés dans un monde « drogue + » qui lui, forcément par analogie, était impur et contaminé.

Cette représentation colle souvent à la volonté des parents du toxicomane qui ne désirent qu'une chose : être sûrs et certains que leur enfant ne prend plus de produit. Le doute de l'intoxication réelle de leur enfant est une composante fondamentale de l'angoisse dont ils veulent être soulagés. Ce doute renvoie au désir des parents que la famille soit organisée comme un « enclos patriarcal », qu'elle soit un espace interactionnel sans drogue, sans sexe,

discipliné et planifié. Ce type d'organisation est souvent à leurs yeux la seule protection possible pour lutter contre l'envahissement et la contamination provenant du monde extérieur.

Cette volonté recouvre les fondements mythiques des couples parentaux des familles de toxicomanes qui devraient incarner idéalement des espaces de pureté. Cette pureté est représentée métaphoriquement par l'absence de conflits, l'absence de sexualité, et également par la participation aux activités familiales impliquant tous les membres sans distinction de génération. Ces couples véhiculent l'idéologie selon laquelle ils sont plongés dans un monde impur, envahis par les drogues et peuplé de trafiquants qui influencent leurs enfants, voire qui veulent leur mort. Cela renforce le mythe fondateur du couple selon lequel cet homme et cette femme n'ont pas eu à sortir hors de leur famille d'origine pour se trouver. Ils ont ainsi l'illusion de ne pas avoir été confrontés aux dangers du monde extérieur.

Parfois certains thérapeutes du sevrage promettent aux parents que le toxicomane sera plongé dans un univers « drogue – », sans drogues. Dans leurs conceptions, cette plongée dans un espace dont ils assurent qu'il est lui-même « drogue – » équivaut à une forme de désintoxication par dilution pourrait-on dire. Hélas, cette promesse ne peut pourtant pas être tenue car elle ne tient pas compte du fonctionnement de ces familles. La force de la loyauté familiale, qui s'exprime, entre autres, dans la foi en l'existence du manque, va à l'encontre de la promesse de ces thérapeutes.

Pour les toxicomanes et les membres de leurs familles, s'il existait quelque part, dans un seul endroit au monde, un espace dont on soit sûr qu'il est dépourvu de drogue, cela signifierait alors qu'il existe des frontières qui délimitent les familles et au-delà desquelles on pourrait dire avec certitude : « Je suis libre, je suis autonome. » Or le drame de ces personnes est justement qu'elles ne peuvent jamais définir un endroit, extérieur à la famille, où elles peuvent dire avec certitude qu'elles sont libres. Comme solution, la prison pourrait représenter un endroit assez idéal puisqu'on peut définir avec beaucoup de précisions les limites entre un dedans carcéral et un dehors où règne la liberté. Les expériences carcérales des toxicomanes sont, peut-être, des tentatives pour eux de

recouvrer la liberté par rapport au produit. Elles sont aussi des tentatives pour trouver un lieu véritablement « drogue – ». Mais l'illusion ne dure jamais très longtemps car, rapidement, les usagers s'aperçoivent que la drogue circule librement dans les cellules et les promenoirs. Et ce qui aurait dû être un espace de pureté, juridiquement dépourvu de drogues, devient un lieu envahi par la drogue. C'est un univers clos qui ressemble fort à ce qui se passe dans le monde.

La mort pourrait également être considérée comme une autre solution possible dans la recherche des espaces idéaux « drogue – ». Certaines surdoses sont des tentatives de franchissement de limites claires, nettes et précises qui cliveraient un en deçà « drogue + » d'un au-delà « drogue – ».

### Les thérapeutes du manque

Les thérapeutes du manque partagent l'usage de la drogue avec le patient et les différents membres de la famille. Cela ne veut pas dire qu'ils partagent effectivement le produit avec eux. Simplement, ils n'ont pas pour objectif principal la rupture de la relation de dépendance de l'utilisateur et de sa famille avec le produit. Les thérapeutes du manque ont des modèles d'intervention qui sont des façons de faire fonctionner **la drogue dans les relations** en séance.

En respectant les éléments les plus homéostatiques, ils acceptent de ne rien savoir sur la présence, en séance, de la drogue. Peut-être est-elle là, peut-être n'est-elle pas là. C'est une incertitude dont il faut tenir compte. À tout moment, la drogue peut réapparaître là où on l'attend le moins. On apprend que le patient est hospitalisé en réanimation pour surdose alors qu'on pensait qu'il allait beaucoup mieux et que, pendant les séances, la famille disait que la thérapie semblait avancer.

**La drogue dans les relations** peut être, également, une manière d'amplifier l'analogie entre les relations thérapeutiques et les relations intrafamiliales au produit.

### Les apparentements thérapeutiques

Dans les thérapies de familles dépendantes, l'affiliation équivaut à un apparentement. Dans ce modèle d'intervention centré sur le manque, les relations thérapeutiques

représentent une codépendance dans laquelle le thérapeute, lui-même, est impliqué en tant qu'acteur à part entière.

Le thérapeute accepte de partager le même type de relation que la famille entretient avec le produit et on peut dire que la drogue est dans les relations. La thérapie, elle-même, devient objet de dépendance et espace d'expression de cette dépendance. Comme pour l'absence de produit, l'absence de thérapie déclenchera chez telle ou telle personne appartenant au contexte thérapeutique, des manifestations psychiques et physiques que l'un ou l'autre apparentera au manque.

*Il s'agit là de provoquer une sorte de substitution du produit par la thérapie en créant une relation à la thérapie* qui ait des caractéristiques analogues à la dépendance. Ce type d'affiliation par l'apparentement est une façon d'être codépendant au phénomène thérapie, en tant que produit, plutôt que d'être dépendant à la personne du thérapeute. Ce dernier est, lui aussi, dépendant de la thérapie. De fait, que seraient les thérapeutes sans les thérapies ?

Le thérapeute, dans une perspective stratégique, utilise le manque comme outil de l'apparentement. Pour cela, il doit se convaincre et convaincre les autres que tant que les séances auront lieu, il n'y aura pas de manque. Cela implique un vrai engagement du thérapeute qui doit faire partager la conviction que la thérapie familiale systémique est un véritable outil de guérison et que chacun est impliqué de la même façon, y compris lui-même.

Dans le contexte de l'apparentement illusoire, le thérapeute du manque fait une « promesse » qui pourrait se formuler de la façon suivante : « Si vous venez me voir, je puis vous assurer que votre fils/fille (l'utilisateur) ne ressentira aucun symptôme de manque ».

Cette **promesse** est l'objet promotionnel de la thérapie qui entre en concurrence directe avec le **manque**, objet promotionnel de la famille. Le doute s'installe. On assiste là à un processus mythopoïétique qui est, selon Jacques Miermont (1993), « la révélation de la réalité, telles que les membres d'un groupe (de la thérapie) vont la définir pour eux-mêmes » (p. 105). L'utilisateur ne croit pas tout de suite et avec lui toute sa famille, qu'on puisse ainsi, sans effort, arrêter de prendre de la drogue. À ce moment, ce sont deux croyances qui

s'entrechoquent. Que la drogue soit réellement présente ou non, la promesse du thérapeute est une garantie que, quoiqu'il advienne, les relations entre la famille, le thérapeute et la thérapie sont indéfectibles.

### Espaces flous thérapeutiques

Que la séance ait lieu ou non, que tous les membres de la famille y soient réunis ou non, le contexte thérapeutique s'étend au-delà de la salle où se déroule la séance.

Comme pour les limites des familles présentant un problème de dépendance, les limites de l'espace thérapeutique sont floues. La séance peut tout à fait avoir lieu en dehors de la salle de thérapie et en dehors de la présence physique du thérapeute. La création d'un système thérapeutique est l'une des expressions de l'indéfectibilité du lien. C'est une façon de dire que la drogue est dans les relations thérapeutiques et que tout le monde partage cette codépendance. C'est encore une façon d'être en relation les uns avec les autres, une façon de ne pas se dire les sentiments qu'on éprouve les uns pour les autres. Dans les familles dépendantes, une relation filiale est de même nature qu'une relation fraternelle ou encore équivalente à une relation conjugale, il n'y a plus de nécessité de se dire qu'on s'aime ou qu'on ne s'aime plus puisque le lien est indéfectible.

Toute régulation par variation de la distance relationnelle devient illusoire. Alors, on ne peut jamais définir une clôture du système familial au-delà de laquelle on serait certain qu'une rupture, une séparation, un vrai divorce seraient possibles. On ne peut pas, non plus, définir une clôture physique du système thérapeutique au-delà de laquelle une rupture, une séparation entre le thérapeute et les membres de la famille seraient possibles.

*Ces relations ont les mêmes qualités que les relations de sang. Le lien thérapeutique devrait devenir indéfectible.* Les membres de la famille considèrent le mécanisme d'apparentement comme un mécanisme universel et général qui s'applique au contexte de la rencontre de cette famille avec un thérapeute.

**L'illusion de parenté** est donc le préliminaire à toute affiliation à l'intérieur du contexte thérapeutique pour créer un contexte « autonome ». Il faut, pour cela, que le contexte thérapeutique soit distinct

par rapport au monde extérieur et, qu'en son sein, il soit possible de définir un certain nombre de règles de fonctionnement relationnel qui se fondent toutes sur cette parenté illusoire entre les différentes personnes qui le constituent.

Comme « effet contre-intuitif de la crise induite », selon l'expression de Jean-François Mangin et de ses collaborateurs (1989), le thérapeute avec tous les membres de la famille ne sait jamais si ce qui est en train de se passer est de l'ordre de la thérapie ou non. L'un des rôles du thérapeute est de dénoncer en permanence le lien de causalité qui existerait entre la rencontre tous ensemble ici, dans la salle de thérapie, et l'arrêt de la prise de toxique.

Sans cette dénonciation, le thérapeute validerait, de fait, toutes les hypothèses causalistes en vigueur dans la famille (du style « ma fille se drogue à cause de ses mauvaises fréquentations » ou bien « votre fils a arrêté de se droguer car vous êtes en thérapie »). Toutes ces hypothèses sont des liens linéaires entre un ou plusieurs éléments relationnels et la dépen-

dance à la drogue. Cette validation donnerait l'impression aux membres de la famille que le thérapeute est assez naïf pour croire qu'il existe un lien de causalité linéaire entre le sevrage et le manque. Donc qu'il serait possible de sortir la drogue des relations interpersonnelles. Et, au bout du compte, que les relations de sang peuvent se défaire. Ce qui ne se doit pas. C'est ce cheminement linéaire qui est tant redouté par les familles dépendantes et cause de bien des ruptures de thérapie.

François Balta, lors du premier congrès de la SFTF, demandait : « Quel est alors le but de la thérapie si la dépendance n'est plus le symptôme à combattre ? ». C'est la rencontre elle-même. Et dire que les liens thérapeutiques sont indéfectibles n'implique pas que la thérapie soit indéfinie, c'est-à-dire sans limite dans le temps. Cela signifie simplement que les liens entre le thérapeute et la famille sont durables même au-delà du temps de la thérapie ; on définit un « effet thérapie » qui dure et qui ne tient compte ni du temps ni de l'espace. Ce type de thérapie appartient à la catégorie des *systèmes flous*.

### Bibliographie de l'auteur

- Angel P, Angel S : *Familles et toxicomanies* - Paris, Éditions universitaires (1989)
- Aussenberg J, Czernichow S, Gébérowicz B : *Violences familiales* - Paris, Syros (1994)
- Bateson G (1972) : *Vers une écologie de l'esprit* - Trad. F Drosso et L Lot - Paris, Seuil (1977 pour le tome 1 et 1980 pour le tome 2)
- Duncan Stanton M, Todd TC et al : *The family therapy of drug abuse and addiction* - New York, Guilford Press (1982)
- Héféz S : « Toxicomanie, la fin des libertaires » - In *Libération* du 25 juillet (1994)
- Mangin J-F, Charbouillot-Mangin B, Pauzé R : « Effets contre-intuitifs de la crise induite » - In *Thérapie familiale* vol 10, n° 4 : 289-296 (1989)
- Miermont J : *Écologie des liens* - ESF, Paris (1993)
- Romano E, Destal D : « Les couples du couple » - In *Génération* n° 1 : 29-32 (1994)
- Rougeul F : « La dépendance du thérapeute... condition de l'autonomie » - In *Thérapie familiale* vol 12, n° 2 : 151-160 (1991)
- Sternschuss-Angel S, Angel P, Gébérowicz B : « Le toxicomane, son produit et sa famille » - In *Le toxicomane et sa famille. Thérapies familiales et toxicomanies*, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Éditions Universitaires, Paris (1983)

# Un Point écoute familial

Patrick Dessez et Emmanuèle Muller\*

**Le Point écoute parents du Centre Jean Bergeret assure ses activités depuis déjà 8 ans et a été mis en place afin de prévenir les différentes conduites à risques des adolescents et des jeunes adultes.**

**Espace de soutien et d'aide pour les parents et les familles qui traversent des moments difficiles, ce lieu d'écoute privilégie la qualité du lien familial et sert de lieu de dépôt et d'analyse des soucis parentaux aussi bien que l'accueil et l'accompagnement temporaire du jeune en difficulté. Il constitue donc un exemple intéressant de dispositif de terrain, entre autres pour répondre aux problèmes d'addictions.**



**L**A DEMANDE ADULTE face aux adolescents varie en fonction de ce que les parents rencontrent comme difficultés réelles (échec scolaire, problèmes de communication, consommation de drogues, violence, errance, etc.) conjuguées à des difficultés d'ordre psychodynamique (problématiques de séparation prenant leur source dans l'histoire des sujets).

La sortie de l'enfance n'est pas forcément désirée, que ce soit par l'adulte ou par l'enfant. Avant, il y avait un enfant dans la relation familiale ou scolaire, maintenant il y a un adolescent, un mutant. Et plus tard, il y aura un adulte.

Face à l'adolescent, il y a un adulte, des adultes qui, dans la majorité des cas, ont toujours été adultes depuis la naissance de leur rapport avec l'enfant. Leur enfance et leur adolescence, ils l'ont vécue ailleurs, dans un autre temps, plongés dans un monde adulte qui leur sert encore, pour la plupart, de référence : deux mondes symboliques se confrontent. Le parent a parcouru un certain chemin jusqu'à la symbolisation et a nourri son imaginaire d'images, de souvenirs, de représentations dont il lui faudra faire partiellement le deuil pour rencontrer son adolescent dans l'ici et le maintenant.

Parallèlement, ce dernier est en train de mettre sa vie en mouvement, il doit s'orienter et se projeter, se mouvoir entre ce qu'il lui est transmis par ses parents et ce que ses contemporains lui proposent.

## **Abattre un mur d'incompréhension**

Les demandes au Point écoute sont multiples, mais lorsque le parent en est arrivé à prendre rendez-vous, c'est qu'il se sent le plus souvent au pied du mur, pris dans une situation d'urgence.

Ce mur est celui de l'incompréhension, d'un rapport de force et le signe d'une grande détresse au sein de la famille. Un mur dont on ne sait pas dire quand il a été mis en place et quand il sera dépassé pour faire place à d'autres modalités de ce lien qu'au fond, personne ne souhaite perdre sauf dans les situations extrêmes. Cet inconnu-là fait partie de la demande des parents et est source d'angoisse : ignorer comment cela a commencé, pourquoi en sommes-nous arrivés là et comment s'en sortir. Une famille peut, à l'extrême, être coupée par un mur à l'image de villes (Berlin, Chypre...), mais ces murs-là, on sait qui les a construits, et quand et comment ils se sont déconstruits.

La demande des adultes concerne souvent une difficulté éprouvée dans leur rôle de parents et cette demande varie en fonction de la manière dont les parents se repré-

sentent ce rôle. Et, ceci est en lien avec les représentations conservées de ce qu'ils ont intériorisé de leurs propres parents : représentations conscientes sous forme d'exigence, d'attente, de proposition et représentations inconscientes orientant leur choix, leurs prises de positions.

En conséquence, un des objectifs des rencontres familiales organisées par le Point écoute est de permettre aux parents de mettre en lumière leurs représentations, de se séparer de celles qui entravent l'épanouissement des relations familiales et le bon développement de l'adolescent, et ainsi de gagner en créativité, en transitionnalité.

Mais, la relation à l'adolescent reste difficile et les parents ressentent parfois de grandes difficultés à investir leur enfant qui, naturellement, subit des mouvements paradoxaux entre le recours au mensonge et le désir de vérité et d'absolu, entre la volonté d'être compris et de rester incompris à la fois et, plus pathologiquement, entre des mouvements de violences verbales ou physiques et des comportements psychopathiques à l'intérieur même du foyer familial (vol d'argent dans le portemonnaie de la mère pour se payer du shit par exemple, etc.).

Dans ces situations difficiles et complexes, les parents peuvent ne plus être dans une demande d'amélioration ou de compréhension, mais dans des demandes

\* Psychologues  
Centre Jean Bergeret, Lyon  
email : [cndt@wanadoo.fr](mailto:cndt@wanadoo.fr)

plus axées sur l'opérateur, de type solutions concrètes et rapides pour lutter contre la montée d'agressivité à l'égard de leur enfant. Le lien, dans ces cas-là, devient insupportable et la montée en puissance des conduites autodestructrices chez les adolescents est en miroir avec des situations émotionnelles extrêmement intenses.

L'adolescent dont l'appareil psychique est partiellement démantelé par l'effet de cette métamorphose supporte mal la menace surmoïque, la menace de perte d'amour. Il se révolte contre, et parallèlement il veut tout. Le parent lui, veut que cela cesse.

Et cette menace, selon l'histoire familiale – l'histoire des liens, l'histoire de l'histoire – prend de multiples formes dans l'imaginaire du sujet adolescent et parental. Ne plus être sûr de pouvoir être aimé, et d'aimer au-delà de la séparation, rend la séparation menaçante, car cela instaure un défaut dans le sentiment de continuité mettant en péril l'équilibre psychique par un manque de confiance de base. S'installe alors un cercle vicieux entre le désir d'être rassuré de part et d'autre et l'accumulation de crises et d'événements qui ne font qu'agrandir le manque de confiance.

### L'intervention d'un tiers

Au Point écoute, notre position de tiers neutres et formés peut apporter de la durée là où il y a un vécu d'urgence. Le tiers, par essence, donne accès au temps et permet d'apporter une autre demande, celle du travail psychique à accomplir pour pouvoir tenir et être ensemble car, à la maison, la symbolisation est attaquée de toutes parts. D'où les entretiens où l'on peut entendre la métamorphose qui réveille des angoisses de séparation et de mort, de la culpabilité et de la peur : peur de l'advenir.

Nous avons à faire émerger la nécessité pour une famille, lorsque cela est encore possible, de se rencontrer au-delà de la faille, de surmonter des demandes surmoïques excessives, de valoriser la différence des générations et accompagner l'adolescent vers une conflictualisation réussie entre ce qui vient de soi et ce qui vient des autres pour retrouver une certaine liberté d'être.

### Information, soutien mutuel et écoute clinique

Le recours au Point écoute est vécu comme un temps ponctuel ou transitoire où peuvent s'exprimer des difficultés qui concernent les adolescents. Il s'agit d'un lieu de prévention clinique qui différencie trois fonctions : l'information, le soutien mutuel et l'écoute.

Pour faciliter l'accès à l'**information**, la salle d'accueil se situe dans un espace documentaire où une documentaliste ou un adulte-relais sont à la disposition des parents à la recherche d'une information sur les conduites à risques. La recherche de documentation ou d'information est un médiateur pour entendre des questions préoccupantes.

Le **soutien mutuel** est assuré par la proposition de rencontrer, dans certains cas, d'autres parents dans le cadre de groupes de soutien ou dans des ateliers d'échanges. Les ateliers sont des temps collectifs de partage de préoccupations éducatives des parents. Ils sont animés actuellement par des comédiens et une psychologue (les parents et les adolescents se mettent en scène). Les groupes de soutien sont des groupes mensuels qui concernent les parents confrontés à des conduites à risques, voire à des événements pathologiques chez leur fils ou leur fille (anorexie, dépendance, conduite suicidaire). C'est par ce biais que quelques parents reprennent une meilleure confiance dans leurs ressources en entendant l'expérience d'autres parents. Le cadre proposé permet d'aborder, en confiance, les difficultés d'être parent face à un enfant qui présente des conduites à risque.

L'**écoute clinique** est surtout présente au cours des entretiens qui sont proposés aux parents et aux familles. Ceux-ci peuvent être parentaux ou familiaux. Les entretiens familiaux garantissent à l'adolescent qu'il ne sera pas l'otage de la demande de ses parents, mais aussi aux parents que leurs soucis ne seront pas banalisés et que leur souffrance sera entendue comme celle de leur fils ou de leur fille.

### Des consultations spécifiques sur les usages de produits psychoactifs

Les consultations sur les usages problématiques des jeunes sont insérées dans le fonctionnement du Point écoute. Les adolescents qui consultent ont souvent rencontré les intervenants soit eux-mêmes,

soit par l'intermédiaire de leurs parents, au cours d'une séance d'intervention.

Nous les invitons à participer à des entretiens familiaux quand l'évaluation partagée a permis de découvrir que le cannabis recouvre en fait des demandes de communication sur l'histoire de la famille et sur des messages paradoxaux qui se sont accumulés au cours de l'adolescence.

L'écoute clinique préventive se situe au moment où le repli de l'adolescent sur la mise en acte, sur ses groupes d'affiliation ou sur la prise de risque addictive empêche la continuité du lien familial et affronte les membres de la famille à des représentations et à des affects de souffrance, de morosité et de haine.

À la mise en acte de l'adolescent répond une difficulté des parents de trouver du sens à leurs paroles ou la sensation d'être envahis par la haine et la culpabilité, et une incapacité transitoire de la famille de se reposer sur des scénarios imaginaires qui permettraient d'assurer la continuité des liens interindividuels et le plaisir des échanges.

### Les besoins des adolescents et ceux des parents

Le cadre du Point écoute se constitue à partir des besoins des adolescents, mais surtout de leurs parents d'être accompagnés, d'être soutenus, et finalement du besoin des familles d'adolescents de trouver des lieux où une communication peut à nouveau se dérouler quand les liens ou les sentiments parentaux ou filiaux risquent d'être rompus ou risquent de se détériorer.

Notre attention porte moins sur la présence de symptômes qui définiraient un état psychopathologique que sur le souci de soi ou de l'autre. C'est l'existence de soucis et de souffrances relatifs à des comportements problématiques de l'enfant qui fait venir les parents dans notre lieu d'écoute. C'est finalement la préoccupation, l'impression d'échec ou d'impasse dans leur rôle de parent, le souci pour leur enfant, qui sont à l'origine de la demande qui est d'abord une demande de compréhension et d'acceptation de leurs difficultés d'être parent ou de vivre en famille.

Dans un premier temps, c'est l'adolescent qui est désigné comme la cause et l'origine de ce souci et de ces souffrances. C'est

pourquoi nous demandons souvent à l'adolescent, au cours d'entretiens ultérieurs, ce qu'il pense de ce souci parental, s'il le trouve légitime et s'il est d'accord sur les causes qui sont données à ce souci par ses parents. C'est à cette occasion que l'adolescent évoque d'autres raisons liées au sentiment d'incompréhension dont il pense faire l'objet et du déséquilibre conflictuel qui s'installe entre son appui sur ses pairs et sa difficulté à maîtriser ce qui survient dans l'espace familial.

### L'importance de l'histoire familiale

Notre approche privilégie l'histoire des parents et de leurs relations avec l'enfant en regard de ce qu'il est devenu adolescent. La construction de l'identité familiale est abordée, mais surtout sous l'angle de l'histoire des parents et de leurs relations avec leur enfant. C'est à ce titre que ces entretiens ont souvent un effet bénéfique pour le narcissisme du groupe familial ou de l'un des membres – dont l'adolescent qui peut se laisser bercer et nourrir par l'histoire de ses parents et de ce qu'il a représenté enfant pour ses parents et pour ses frères et sœurs.

Cette inscription dans l'histoire actuelle, souvent dominée par des crises successives dans une dimension historique, est essentielle pour contribuer à sortir de ce traitement en urgence de tous les problèmes qu'imposerait le comportement de l'adolescent. Il s'agit de redonner de la durée à la temporalité vécue dans l'instant par les membres de la famille.

Il s'agit aussi de mettre en paroles ce qui se présente comme une succession de passages à l'acte. Les affects et les représentations différenciés de chacun peuvent se dire en étant entendus alors que, jusqu'ici, ce sont surtout les effets confus et destructeurs ou conflictuels des actes qui étaient seulement entendus. C'est dans ce sens qu'un adolescent peut se sentir vide ou que des parents peuvent découvrir que leur fils, ou leur fille, souffre alors qu'ils l'imaginaient uniquement manipulateur.

### Un espace transitionnel

Le groupe clinique familial est alors une tentative de créer un nouvel espace transitionnel où la réalité peut à nouveau faire l'objet d'un jeu d'identifications et d'un jeu avec les représentations. La recherche éperdue d'un monde de causes et de convictions, chez l'adolescent comme chez ses parents, peut alors évoluer vers des associations qui autorisent chacun à participer à l'élaboration d'un sens collectif qui permet à nouveau de se comprendre et de comprendre l'autre, même dans ses excès.

Lors des consultations de prévention, les parents ont l'impression d'avoir échoué sur cette pratique parentale éducative qu'ils sentent remise en cause par leur fils ou leur fille. Ils ont le sentiment, différencié chez les mères et les pères, de ne plus trouver de méthode éducative satisfaisante et d'avoir perdu le sentiment de continuité de leur éducation qui fondait le lien parental. Ils ressentent une dépréciation narcissique qui les fait alterner entre des impressions d'impuissance et des réactions de rigidité parfois excessive. Leur fils ou leur fille échappe à leur contrôle alors qu'ils sentent intuitivement qu'il souffre lui aussi de cette absence de continuité éducative. Quelque chose s'est brisé lors de cette progressive prise de distance et les forces antiséparatrices s'intensifient au fur et à mesure de la progression de la fuite de l'adolescent vers un monde où ils sentent intuitivement qu'ils sont situés à la périphérie de celui-ci.

L'expérience parentale se constitue sur l'histoire de leurs émotions et ressentis vis-à-vis de leur fils ou de leur fille. Ces représentations forment le fil de leur lien d'attachement et de leur capacité d'empathie avec leur enfant. Cette expérience est importante : c'est le creuset des compétences parentales qui seront mobilisées au cours des entretiens parentaux ou familiaux et qui seront à la source des motivations des parents de rester des sujets capables de compétences parentales auprès de leur enfant.



### En conclusion

La famille doit préserver un espace pour les besoins individuels de ses membres tout en maintenant le sentiment d'une identité groupale sûre. Les conduites à risques de l'adolescent font éclater ce sentiment d'unité. L'adolescent devient alors pour les parents un « étranger » inquiétant du fait de son appui sur des relations d'affiliation tandis que les parents deviennent pour lui des justiciers dangereux et menaçants pour son moi.

Il est alors bénéfique de proposer un espace d'écoute susceptible de diminuer l'influence des projections réciproques et des interactions disqualifiantes. Le sentiment dominant de trahison perdra son pouvoir si cet espace réussit à devenir un tiers où chacun reprendra progressivement la maîtrise de son destin en diminuant les forces antiséparatrices qui dominaient jusqu'à présent.

**biblio plus toxibase**

**Conseils aux parents**

BEAUCHESNE L. - **Comment parler des drogues à nos enfants.** Montréal, Éditions du Méridien, 2003, 106 p.

Référence Toxibase n° 1500021

LALLEMAND A. - **Faut-il avoir peur du cannabis ?** Grolley, L'Hébe, 2003 (Coll. La Question) 87 p.

Référence Toxibase n° 1400088

GAUDET E. - **Drogues et adolescence. Réponses aux questions des parents.** Montréal, Hôpital Sainte Justine, 2002, (Collection de l'Hôpital Sainte-Justine. Pour les Parents), 121 p.

Référence Toxibase n° 804303

VAN DER STRATEN WAILLET G. - **Éduquer face aux drogues et aux dépendances. Je te dis non... car je t'aime.** Bruxelles, Chronique Sociale, Labor, Couleur livres, 2002, 158 p.

Référence Toxibase n° 1101136

ASSOCIATION PHARE ENFANTS-PARENTS - **Difficile adolescence : signes et symptômes de mal-être. Guide pour les parents, enseignants et éducateurs.** Paris, Association Phare Enfants-Parents, 2002, 178 p.

Référence Toxibase n° 1400018

LEROY P. - **Un ado qui se drogue : comment font les parents.** Paris, Fillipacchi, Desclée de Brouwer, 2002, Top Famille, 96 p.

Référence Toxibase n° 1101043

BLIND R. ; POOL M. - **Mon enfant et la drogue. L'indispensable dialogue.** St Julien en Genevois, Éd. Jouvence, 2001, 108 p.

Référence Toxibase n° 803824

HACHET P. - **Ces ados qui jouent les kamikazes.** Paris, Fleurus, 2001 (Le métier de parents) 188 p.

Référence Toxibase n° 1100992

LALLEMAND A. - **Le cannabis expliqué aux parents.** Bruxelles, Éd. Luc Pire, 2001, 141 p.

Référence Toxibase n° 403659

**Écoute et accueil de la famille**

TREVOUX C. - **Dédale, un soutien pour la famille.** Interdépendances, 2003 (48) : 22-23

Référence Toxibase n° 1001042

SOUBESTRE L. - **Point écoute. Point de vue : vers un monde de dialogue.** Interdépendances, 2003 (48) : 32-33

Référence Toxibase n° 1001043

ANTONELLI P. - **Parentèse et PARadoXES : une approche plurielle de l'adolescence.** Interdépendances, 2003, (48) : 34-37

Référence Toxibase n° 1001044

DESSEZ P. ; MULLER E. ; NOEL S. ; DE LA VAIS-SIÈRE H. ; DURASTANTE R. ; BOYER C. ; CNDT, Centre national de documentation sur les toxicomanies - **Clinique de la prévention : réflexions sur le cadre institutionnel et clinique des Points Écoute du CNDT.** Lyon, CNDT, 2003, 33 p.

Référence Toxibase n° 700800

DENTAN A. ; ALVAREZC. ; NICOD B. - **Un réseau d'accompagnement des mères toxicomanes et de leurs enfants.** Dépendances, 2000 (11) : 20-24

Référence Toxibase n° 303946

FONDATION EUROPÉENNE DES SERVICES D'AIDE TÉLÉPHONIQUE DROGUES - **Familles et services d'aide téléphonique en matière de drogues : un cadre de référence pour le travail au téléphone avec les familles.** Amsterdam, Fondation européenne des services d'aide téléphonique Drogues, 2000, 63 p.

Référence Toxibase n° 900919

SAMANIEGO M. ; SSCHURMANN A.M. - **L'écoute des familles face à la menace de toxicodépendance de l'adolescent.** Thérapie Familiale, 1999, 20 (1) : 39-49

Référence Toxibase n° 101806

TENNENBAUM-CASARI F. - **Accueil des parents de toxicomanes.** Journal des Psychologues, 1998 (157) : 50-53

Référence Toxibase n° 1100309

ROSSET A. - **Les groupe-parents : l'accompagnement des familles.** Soins Psychiatrie, 1997 (189) : 16-17

Référence Toxibase n° 1100204

**Dynamique familiale**

Delage M. - **Autonomie et conduites addictives. Quelles dépendances dans la famille ?**

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004, 52 (1) : 17-23

Référence Toxibase n° 804512

GIFFARD R. - **Toxicomanie et mythe de famille sans histoire.** Psychotropes, 2004, 10 (1) : 7-17

Référence Toxibase n° 1101286

MOISSEFF M. - **Dépendance nourricière et domination culturelle : une approche anthropologique des addictions.** Psychotropes, 2004, 10 (3-4) : 31-50

Référence Toxibase n° 1101320

DURASTANTE R. - **Je t'aime... moi non plus. Entre parents et adolescents : du traumatisme à l'addiction.** Thèse de psychopathologie et de psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2, 2003, 75 p.

Référence Toxibase n° 700818

NEUBURGER R. - **Les rituels familiaux : essais de systémique appliquée.** Paris, Payot & Rivages, 2003, 176 p.

Référence Toxibase n° 700858

JAMOULLE P. - **Dossier : Familles en questions... Questions de familles. La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques.** Cahiers de Prospective Jeunesse (Les), 2002, 7 (1) : 28-39

Référence Toxibase n° 1000985

BRUNELLE N. ; COUSINEAU M. M. ; BROCHU S. - **La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile.** Drogues, Santé et Société, 2002, 1 (1) : 82-112

Référence Toxibase n° 505594

HACHET P. - **Notes sur l'adolescence, l'autonomisation et les usages de drogues.** Dialogue, 2001, (153) : 73-76

Référence Toxibase n° 206367

VILAREGUT PUIGDESSENSA. ; PEREZ TESTOR C. ; SANCHEZ CARBONELL J. ; ALOS C. - **Family dynamic in families with a young drug abuser.** Itaca

revue, 2000, V (2) : 31-56

Référence Toxibase n° 901193

MIEL C. - **Genèse de la toxicomanie : approche clinique.** Journal des Psychologues, 1998, 162 : 23-25

Référence Toxibase n° 206666

BERRINI R. ; CAMBIASO G. ; CIRILLO S. ; MAZZA R. - **Famille et toxicomanie.** Dépendances, 1997 (3) 14-17

Référence Toxibase n° 303224

COLLE F.X. - **Toxicomanies, systèmes et familles : où les drogues rencontrent les émotions.** Ramonville St-Agne, Erès, coll. Relations, 1996, 262 p.

Référence Toxibase n° 900363

COLLET H. ; ROSCH D. ; COLL X. ; MORICET J. - **Genèse socio-familiale des conduites d'intoxication.** Rapport de recherche, Paris, 1992

Référence Toxibase n° 201570

**Prise en charge, thérapie familiale**

**En français**

TREMBLAY J. ; BERTRAND K. ; MÉNARD J. M. - **Implication des membres de l'entourage dans la réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes.** Montréal, CPLT, 2005, 132 p.

<http://www.cplt.com/publications/implicationentourage2005vf.pdf>

SIMON O. ; ZULLINO D. ; SANCHEZ-MAZAS P. - **Impliquer les proches dans le traitement des addictions : aspects transversaux.** Médecine & Hygiène, 2004, (2496) : 1-10

Référence Toxibase n° 208046

HAMADENE S. ; CHARPENTIER P. ; STACHEL R. ; SIMON O. ; STEPHAN P. ; MICHAUD P. A. ; BESSON J. - **Approche systémique dans la prise en charge des adolescents consommateurs de substances psychoactives.** Médecine & Hygiène, 2003, 61, (2445) : 1457-1461

Référence Toxibase n° 207231

NEUBURGER R. - **L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale systémique.** Issy-les-Moulineaux, ESF, 2000, 107 p.

Référence Toxibase n° 303939

VARGA K. - **L'adolescent violent et sa famille : psychothérapie des liens de dépendance.** Paris, Payot, 2002 (coll. Petite Bibliothèque Payot), 190 p.

Référence Toxibase n° 301769

MOREL A. ; HERVÉ F. ; FONTAINE B. - **Les thérapies familiales.** Publié sur Internet : <http://www.atmedica.com>, Atmedica, 1999, 2p., Autre source de publication : extrait du livre *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997, 364 p.

Référence Toxibase n° 1000536

CRÉTÉ R. - **Transmission intergénérationnelle et processus thérapeutique dans les familles toxicodépendantes.** Interventions, 1998, (65) : 35-39

Référence Toxibase n° 204536

CHALTIEL P. - **Toxicomanie et thérapie familiale. Transactions dyadiques et triadiques.** Psychotropes, 1997, 3 (1) : 95-102

Référence Toxibase n° 1100210

Cirillos S. ; Berrini R. ; Cambiaso G. ; Mazza R. - **La famille du toxicomane**. Paris, ESF, 1997, 231 p.  
Référence Toxibase n° 1000220

FIRST ; FOURNIÉ J. - **Familles et toxicomanies. Initiatives privées et publiques : groupes parents, service d'aide téléphonique, de nouveaux espaces pour la parole**. Paris, OFDT, 1997, 202 p.  
Référence Toxibase n° 802605

ATTIA M. - **Drames de l'adolescence, familles en séances : récits cliniques**. Paris, ESF, 1996, 105 p.  
Référence Toxibase n° 302892

VALLÉE D. - **Les familles dépendantes : introduction à la clinique des systèmes flous**. Générations, 1995, (2) : 12-18  
Référence Toxibase n° 302836

ANGEL S. - **Bilan de dix années de fonctionnement du centre Monceau**. Thérapie Familiale, 1991, 12 (4) : 301-313  
Référence Toxibase n° 100797

SILVESTRE M. - **Thérapie familiale et toxicomanie**. Thérapie Familiale, 1991, 12 (4) : 327-335  
Référence Toxibase n° 100798

MCGOLDRICK M. ; GERSON R. - **Génogrammes et entretien familial**. Paris, ESF, 1990, 199 p.  
Référence Toxibase n° 503373

## En anglais

SPOTH R. ; REDMOND C. ; SHIN C. ; AZEVEDO K. - **Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: school-level growth curve analyses 6 years following baseline**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2004, 72 (3) : 535-542  
Référence Toxibase n° 1300899

LIDDLE H. A. ; ROWE C. L. ; DAKOF G. A. ; UNGARO R. A. ; HENDERSON C. E. - **Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment**. Journal of Psychoactive Drugs, 2004, 36 (1) : 49-63  
Référence Toxibase n° 102533

LIDDLE H. A. - **Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs**. Addiction, 2004, 99, (suppl. 2) : 76-92  
Référence Toxibase n° 207988

Szapocnik J. ; Hervis O. ; Schwartz S. ; NIDA (National institute on drug abuse) - **Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse**. Rockville, MD, NIDA, 2003 (Therapy manuals for drug addiction n° 5), 87 p.  
Référence Toxibase n° 506045

LIDDLE H. A. - **Multidimensional Family Therapy for adolescent cannabis users**. Rockville, SAMHSA, CSAT, 2002 (CYT: Cannabis Youth Treatment Series, vol. 5), 242 p.  
Référence Toxibase n° 206495

CSIERNIK R. - **Counseling for the family: the neglected aspect of addiction treatment in Canada**. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 2002, 2 (1) : 79-92  
Référence Toxibase n° 206379

SPOTH R. ; REDMOND C. ; SHIN CHUNGYEOL - **Randomized trial of brief family interventions for general populations : adolescent substance use outcomes 4 years following baseline**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2001, 69, (4) : 627-642  
Référence Toxibase n° 1300342

LIDDLE H. A. ; DAKOF G. A. ; PARKER K. ; DIAMOND G. S. ; BARRETT K. ; TEJEDA M. - **Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial**. American Journal of Drug and Alcohol Abuse (The), 2001, 27 (4) : 651-688  
Référence Toxibase n° 901167

## Outils de prévention

### Brochures

MILDT - INPES - **Cannabis : les risques expliqués aux parents**. « Le cannabis est une réalité ». Paris, 2005, 31 p.  
Référence Toxibase n° 208071

SFA-ISPA - **Trop... trop souvent... trop dangereux ?! Consommation de drogues à l'adolescence, information et conseils pour les parents**. Lausanne, SFA-ISPA, 2005, 20 p.

SFA-ISPA - **Prévenir ses enfants des problèmes de drogues**. Lausanne, SFA-ISPA, 2001, 24 p.  
Référence Toxibase n° 901031

GASCON-GIARD C. ; GOSSELIN C. ; PARÉ R. ; TREMBLAY R. E. ; VITARO F. - **Trucs et conseils pour une meilleure harmonie familiale : prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie**. Québec, Maison Jean Lapointe, 2001, 25 p.  
Référence Toxibase n° 206601

SFA-ISPA - **Cannabis, en parler aux ados : ce que les parents devraient savoir**. Lausanne, SFA-ISPA, 2000, 8 p.  
Référence Toxibase n° 700630

\*\*\* **Je veux protéger mon enfant des drogues**. Luxembourg, Centre de Prévention des Toxicomanies ; Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000, 15 p.  
Référence Toxibase n° 403516

\*\*\* **Nous pouvons faire beaucoup pour empêcher nos enfants de sombrer dans la dépendance**. Luxembourg, Centre de Prévention des Toxicomanies ; Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000, 15 p.  
Référence Toxibase n° 403518

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) - **Comment améliorer l'harmonie familiale. Un moyen pour prévenir l'alcoolisme et la toxicomanie**. Pour les parents d'enfants âgés de 4 à 12 ans. CPLT, Maison Jean Lapointe, 1999, 15 p.  
Référence Toxibase n° 901368

CENTRE DÉPARTEMENTAL DE RESSOURCES, D'INFORMATION ET DE PRÉVENTION SUR LES DROGUES (CDRIDP) ; INSPECTION ACADÉMIQUE DU NORD - **Mieux connaître les drogues pour mieux en parler. Guide pratique à l'usage des parents**. Lille, Conseil Général du Nord, 1998, 36 p.  
Référence Toxibase n° 303708

MILDT ; CFES - **Vos enfants et les drogues : pour aider les parents**. Vanves, CFES, 1997, 24 p., tabl.  
Référence Toxibase n° 303823

## Dépliants

UNODC ; OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME - **Parler des drogues dans la famille**. Vienne, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2003, 1 p., Publié sur Internet : [http://www.unodc.org/pdf/26june03/parents\\_french.pdf](http://www.unodc.org/pdf/26june03/parents_french.pdf)  
Référence Toxibase n° 901279

AMPT ; CMP Port-de-Bouc/Fos - **Parents, ensemble parlons de nos enfants**. Marseille, AMPT, 1996, 6 p.  
Référence Toxibase n° 303718

## Affiches

INPES ; MILDT (2001) - **Il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre** (lot de 4 affiches) :

- *À 17 ans, vous dites qu'il a toute la vie pour tout découvrir. Il se dit qu'il a toute la nuit.*

- *À 17 ans, s'il s'isole, vous pensez qu'il veut garder son jardin secret. A tort ou à raison.*

- *À 17 ans, quand il passe sa nuit dehors, vous vous demandez si elle était blonde ou brune. Il aime peut-être les deux.*

- *Vous croyez que plus ils grandissent, plus il est difficile de leur faire gober n'importe quoi. Et c'est ce que tout le monde croit.*

Références Toxibase n° 1001141, 1001142, 1001143, 1001144

## Exposition

CNDT ; CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES - **Il était une fois une famille... être parents d'adolescents**. Lyon, CNDT, 2000  
Référence Toxibase n° 700489

## Pièce de théâtre

ENTRÉES DE JEU - **La mauvaise pente : un débat théâtral pour les parents sur la peur et le risque de la parole avec les adolescents**. Paris, Entrées de jeu, 2000  
Référence Toxibase n° 700578

Sélection préparée par Marie-Noëlle Surrel