

45 LES THÉRAPIES FAMILIALES DANS LES ADDICTIONS

Jacques MIERMONT

L'existence d'une addiction chez une personne se traduit ipso facto par des perturbations qui affectent son milieu familial, son réseau de connaissances et l'environnement social. Les effets dramatiques, voire tragiques, des troubles vont fréquemment se manifester d'abord dans le champ social : désinsertion scolaire ou professionnelle, conduites délictueuses, prostitution, accidents de la route, violence sur la voie publique, homicide, suicide ou décès accidentel, etc. Dans d'autres cas, les troubles addictifs se traduisent d'emblée par des symptômes au sein de la famille : violence conjugale, parentale, voire d'un ou plusieurs enfants vis-à-vis de leurs parents. Mais souvent, le comportement toxicomane d'un jeune n'est pas immédiatement perçu par ses proches. Il arrive assez fréquemment qu'un frère ou une sœur soit alerté bien avant la prise de conscience des parents. Face aux troubles, les membres de la famille se sentent particulièrement démunis pour trouver des réponses adéquates. Les liens se délitent, le contact avec l'adolescent se réduit, voire devient inexistant, même si celui-ci reste en fait toujours à la maison et dépendant de ses parents. Les parents ont du mal à identifier ce qui ne va pas et ne savent pas à qui s'adresser.

Les troubles relationnels interrogent non seulement les effets spécifiques du toxique, de la personnalité du consommateur et de son âge, des pathologies mentales et comportementales éventuellement associées, mais aussi les singularités de son système familial, de son réseau social, de ses communautés d'appartenance, ainsi que les modes de tolérance, d'incitation et/ou de répression de la société. Le produit n'est pas seulement une molécule psychotrope qui bouleverse l'équilibre somatique, cérébral et psychologique ; il devient, pour le consommateur et ses proches, un personnage artificiel privilégié qui s'introduit de façon impérieuse, pernicieuse et plus ou moins bruyante dans l'espace privé et public. Il conduit à une subversion de l'intimité tout autant qu'à celle des liens les plus superficiels. Il réalise des triangles relationnels artificiels marqués par la violence des mouvements d'attraction et de répulsion des personnes impliquées. Les formes de demandes d'aide et d'intervention surgissent souvent à la périphérie des systèmes familiaux et sociaux concernés.

Lorsqu'il s'agit d'un adolescent qui présente une toxicomanie, celui-ci est réticent à l'implication de ses parents dans ses problèmes. S'il s'agit d'un adulte, le conjoint, voire les enfants, peuvent se retrouver dans un profond désarroi et une grande souffrance. Or il apparaît que la participation active de la famille au projet psychothérapique est souvent incontournable pour établir un lien stable avec la personne qui présente l'addiction. Les consultations individuelles se révèlent fréquemment acrobatiques : le patient ne vient que sporadiquement aux rendez-vous prévus, débarque de manière inopinée à d'autres moments, voire refuse toute forme de prise en charge et fait ainsi éclater le cadre de la psychothérapie. L'alliance qu'il s'agit d'établir avec le patient repose sur son acceptation d'une alliance conjointe avec ses proches. La présence de sa famille permet ainsi de réaliser un contexte propice à la constitution et à la consolidation d'un cadre stable de ren-

contres thérapeutiques. La thérapie familiale est alors d'abord et avant tout initiée à la demande des professionnels, se focalise moins sur le fonctionnement intrafamilial et ses perturbations que sur les potentialités d'aide au processus thérapeutique. Elle est en quelque sorte, au moins dans un premier temps, une psychothérapie en présence des proches (PPP).

Options théoriques

Depuis leur origine, les thérapies familiales ont été confrontées à deux options opposées [1]. La première option conduit à l'hypothèse selon laquelle le symptôme est l'expression d'un processus qui se situe au cœur du fonctionnement familial. Il s'agit alors pour les cliniciens d'identifier les singularités de ce fonctionnement soit sous l'angle des interactions dans l'ici et maintenant, soit sous l'angle de l'histoire de la famille sur plusieurs générations. La seconde option considère que le symptôme est lié à une perturbation de l'organisme individuel qui affecte de manière périphérique la dynamique de la vie familiale, sans que celle-ci puisse être appréhendée comme un facteur déterminant, ou pour le moins exclusif, pour l'apparition du trouble. L'approche thérapeutique se focalise essentiellement sur le niveau familial dans le premier cas, tandis qu'elle s'élargit à la prise en considération des dimensions socio-psychobiologiques du trouble dans le second.

Contextes familiaux

La prise de toxique comme « solution » à la crise de l'adolescence

Stanton, Todd et al. [55] ont élaboré un premier modèle conceptuel d'envergne approprié aux thérapies familiales des troubles de l'addiction. Ils soulignent la peur de la séparation, la prise de toxique conduisant à une pseudo-individuation et à l'illusion d'une prise d'autonomie. Le symptôme devient une forme paradoxale de résolution du dilemme : maintenir ou dissoudre la famille, rester ou partir [55]. Les effets pharmacologiques, le contexte et les implications de son usage fournissent des solutions à ce dilemme sur différents plans. Sur le plan pharmacologique, l'expérience de la drogue produit une euphorie qui semble analogue à l'attachement symbiotique ou à la fusion avec la mère, dans une sorte d'assouvissement infantile régressif. L'héroïne maintient artificiellement ce lien symbiotique de dépendance euphorique et rassurante. L'héroïne, l'alcool, le cannabis donnent un sentiment de pouvoir, d'omnipotence et de succès triomphant. Sur le plan des relations hétérosexuelles, la prise de toxique permet souvent d'éviter les coups de foudre destructurants, vient en lieu et place de la découverte de l'autre sexe, tout en préservant la loyauté vis-à-vis de la famille. Il existe, par ailleurs, une incidence élevée des morts soudaines

ou prématurées dans les familles présentant un ou plusieurs membres toxicomanes. Ceux-ci peuvent avoir une vision positive de la mort : elle est une issue raisonnable à leurs problèmes qui leur permet de résoudre leur équation existentielle.

Chaque toxique conduit à des perturbations personnelles et familiales qui méritent d'être rapidement évoquées. Les drogues rencontrées le plus souvent lors des consultations familiales sont l'héroïne, l'alcool et le cannabis.

Héroïne

La consommation d'héroïne chez un adolescent se caractérise par des distorsions importantes des communications. La demande d'aide de la famille et l'escalade de passages à l'acte ne coïncident pas nécessairement avec l'aggravation objective des risques encourus et aux appels à l'aide des professionnels impliqués dans la prise en charge. Il est pertinent de distinguer le vécu de la crise et l'urgence à intervenir.

La découverte de l'intoxication par les proches du patient est souvent très tardive. Les membres de la famille semblent atteints de cécité devant les troubles du rythme nyctéméral, l'existence de seringues, la demande ou le vol d'argent, l'habitus du jeune : celui-ci cherche à masquer ses troubles. Les circonstances révélatrices sont souvent extrêmes : septicémies et hépatites, accidents de surdosage, tentatives de suicide, enquêtes policières.

L'adolescent consommateur manifeste une forte familio-dépendance : l'apathie, l'apragmatisme, le repli végétatif contrastent avec l'ingéniosité et l'énergie dépensée en dehors de la famille pour se procurer de la drogue (vols, trafics, prostitution). Le climat familial est marqué par la violence. Les parents oscillent entre les reproches et les tentatives de sauvetage hors normes. La comorbidité est fréquente : maladies somatiques, anorexie, troubles alimentaires, troubles psychotiques, tentatives de suicide. La prise de drogue peut alors apparaître comme une manière de faire face à la pathologie sous-jacente.

Alcool

On peut distinguer deux configurations familiales distinctes qui se trouvent impliquées dans la consommation excessive d'alcool : la famille alcoolisée et le couple parental où l'un des conjoints reste abstiné.

– Famille alcoolisée : les conduites alcooliques se manifestent chez plusieurs membres de la famille, qui organisent leur vie autour des rituels des repas quotidiens et des fêtes où la boisson coule à flot. Les enfants affrontent la vie adulte avec des stratégies de survie marquées par les sentiments d'incertitude, de méfiance, d'hyper-vigilance, d'irresponsabilité et d'isolation des affects [50]. Certains développeront à l'inverse un accomplissement d'eux-mêmes aussi élevé que possible et chercheront à venir en aide à autrui tout en souffrant en silence. Si le climat habituel de la famille est apparemment serein, les moments de crise se traduisent par des affrontements violents ou des conduites suicidaires. Fréquemment, les adultes issus de familles alcoolisées maintiennent des liens étroits de dépendance à leur famille d'origine. Même adultes, les enfants restent emprisonnés dans des liens perpétuellement fluctuants avec leurs parents, au gré des niveaux d'alcoolisation et des changements d'humeur. Le style des communications familiales est chaotique, les propos échangés sont principalement des métacommunications critiques et acerbes, amplifiant alors le climat de tension et de violence.

– Instabilité et désorganisation des communications dans le couple avec un partenaire abstiné : la bouteille fonctionne comme un personnage tiers, enjeu d'un malentendu lié à deux défis parallèles entre le partenaire consommateur et le partenaire abstiné. Le premier ne se sent vraiment lui-même qu'en ayant bu : c'est la seule manière pour lui

de s'exprimer et de s'affirmer. Le second souligne à quel point la relation est parfaite dans les moments d'abstinence et combien l'alcoolisation du partenaire se traduit par une série de signaux qui traduisent un déphasage complet des échanges émotionnels et qui montrent qu'il n'est plus lui-même. Le partenaire abstiné a souvent choisi son conjoint avec l'ambition secrète de triompher de la bouteille et d'arriver à le détourner de son aliénation à l'alcool. Le consommateur a fait un choix inverse, en pensant rester le maître de son rapport à la bouteille.

L'instabilité de la relation de couple conduit à la création de deux clans qui poursuivront la dispute sur le plan social. Le conjoint alcoolisé maintient fréquemment un lien très étroit avec sa propre mère.

Cannabis

Un nombre de plus en plus grand de familles est amené à consulter pour un adolescent ou un jeune adulte consommateur de cannabis. Se pose souvent d'emblée la question de la comorbidité avec les troubles schizophréniques : le toxique est-il l'élément déclencheur chez une personne fragile ? Est-il le facteur prévalent dans l'expression des troubles ? Ou bien donne-t-il le change chez un patient qui présentait déjà une évolution schizophrénique ?

Les symptômes souvent présentés sont l'apragmatisme, le retrait sur soi, la démotivation, le désintérêt, le détachement, l'effondrement des performances intellectuelles, les troubles de la concentration, la désinsertion scolaire ou professionnelle, les idées de référence, voire un délire de persécution, l'inversion des rythmes veille/sommeil en fonction du cycle jour/nuit, l'hostilité vis-à-vis de l'entourage. Celui-ci réagit par le désespoir, le sentiment d'impuissance, des mouvements de colère et de rage, les tentatives d'invigoration. Les consultations familiales sont fréquemment marquées par une tension extrême, des débordements émotionnels et la violence verbale.

Dans certains cas, les troubles disparaissent lorsque le jeune arrive à renoncer aux prises de cannabis, mais il est difficile d'apprécier jusqu'où l'amélioration n'est pas également liée à la fin de la crise liée au bouleversement identitaire de l'adolescence. Dans d'autres cas, l'arrêt du cannabis, au décours d'un travail thérapeutique avec la famille, permet de sortir de l'enfer de la surconsommation du toxique, sans pour autant faire disparaître les symptômes de l'évolution d'une maladie schizophrénique.

Les différents parcours des toxicomanes et de leurs familles

Cirillo et al. [18, 19] envisagent plusieurs hypothèses : le choix symptomatique renverrait à un scénario relationnel dans une perspective trigénérationnelle ; il serait pertinent de repérer les événements traumatiques non reconnus, donnant lieu à des mécanismes de clivage et d'idéalisation ; la relation conjugale des parents serait carencielle, se stabilisant dans une triade transgénérationnelle pathogénétique ; les relations dyadiques présenteraient des aspects traumatiques et carenciels ; la toxicomanie assurerait une fonction autothérapeutique résultant de la privation subie par l'enfant du fait de la transmission générationnelle d'un trauma non élaboré [18].

Ces auteurs distinguent trois parcours types dans les familles de toxicomanes, qui permettraient de repérer une série de carences et de traumatismes générant des processus d'abandon tout au long de l'évolution de la famille :

- parcours 1 : abandon dissimulé dans les familles où prédomine un fonctionnement névrotique ;
- parcours 2 : abandon méconnu dans les familles confrontées aux troubles limites de la personnalité et aux troubles psychotiques ;

– parcours 3 : abandon agi dans les familles fonctionnant sur un mode sociopathique où les carences affectives se traduisent par des liens distendus ou rompus.

Selon Cirillo et al. [18], ces descriptions ne prétendent pas aboutir à une explication déterministe de l'usage de toxiques mais plutôt à l'identification de facteurs de risque. Le problème est que ces facteurs, repérés dans toute l'étendue des troubles mentaux et comportementaux, laissent à penser que la variable prévalente se situe finalement sur le plan d'une fragilité personnelle, du fait de la grande diversité des fonctionnements familiaux considérés. Par ailleurs, si l'exploration de l'histoire familiale sur plusieurs générations peut présenter une valeur structurante pour les familles fonctionnant principalement sur un mode névrotique, elle apparaît le plus souvent impossible, voire persécutrice pour les familles confrontées aux symptômes psychotiques ou sociopathiques.

Transgressions intergénérationnelles, cécités parentales et mythes familiaux

Angel et al. [6] proposent le concept de familio-dépendance pour décrire les connexions étroites entre la personne toxicomane, le produit consommé et les relations familiales. Le jeune toxicomane serait impliqué dans un *double bind* du type : « Sois autonome en restant près de nous, sois indépendant en rendant des comptes. » L'adolescent se verrait investi d'une mission où il lui faudrait acquiescer sa liberté tout en restant proche d'un parent pour le soutenir ou le soigner. La dépendance aux produits irait de pair avec la dépendance aux parents.

Le comportement toxicomane correspondrait à deux formes de transgressions familiales :

– face à la justice et la police : vols, deal et prostitution devant la contrainte de trouver des sommes de plus en plus exorbitantes pour financer le produit ;

– transgression des lois morales : la petite amie du père peut se trouver sous le même toit, la mère vit davantage avec son fils qu'avec son mari, etc. ; on peut constater dans certains cas des rapprochements incestueux et l'effondrement des barrières transgénérationnelles ; la relation père/fille devient le « mariage » dans la famille ; il s'agit de comportement para-incestueux, sans passage à l'acte ; le respect de l'intimité personnelle n'est plus assuré : par exemple, concernant les soins corporels, le fait de regarder au travers du trou de la serrure, etc.

Alors que la famille se présente souvent comme une famille normale, il existerait une fréquence élevée de dépressions, de deuils non élaborés, de conduites suicidaires dans les générations précédentes.

Certains mythes familiaux singuliers semblent prévalents : le mythe de l'harmonie familiale, le mythe de la marginalité, le mythe de pardons, d'expiations, de salut, le mythe de la nécessité d'un absent.

Cybernétique du *self* et projet éco-étho-anthropologique

Les perspectives éco-étho-anthropologiques, développées ailleurs [39, 40, 41, 42], trouvent leur origine dans l'œuvre de Bateson. Les conduites humaines peuvent être appréhendées dans une double comparaison : une comparaison entre espèces (éthologie) et une comparaison entre systèmes humains de parenté (anthropologie), comparaison qui met en perspective la construction contextuelle de leurs écosystèmes de vie et de survie (écologie).

Ces perspectives proposent d'infléchir le modèle de la pathogenèse intrafamiliale, voire de s'en dégager. La coexistence de plusieurs formes de

souffrances ou de plusieurs symptômes ne signifie pas qu'il existe des relations de cause à effet entre les uns et les autres. Les addictions affectent les différents niveaux d'organisation des processus rituels (les expériences), mythiques (les croyances) et épistémiques (les connaissances), qui agencent les relations personnelles au sein de la famille. Les troubles addictifs ne sont pas créés par d'autres troubles mais sont plutôt l'expression de restrictions concernant les circuits complets de l'esprit qui impliquent des modifications neurophysiologiques, émotionnelles et environnementales. Il apparaît que les responsabilités éducatives, les traits de caractère et les formes de personnalité, les interactions intentionnelles et conscientes ne sont que des manifestations conjointes à celles des troubles addictifs. Les perturbations qui affectent le tissage des liens concernent les niveaux protosymboliques, qui court-circuitent la volonté, la responsabilité, le libre arbitre. Deux processus cognitifs affectent les différences informationnelles et conduisent à des redondances contraignantes : les acquisitions relationnelles précoces liées à l'accoutumance, d'une part, et les apprentissages par essais et erreurs, d'autre part.

Appariement converse entre sobriété et intoxication

Bateson [11] a proposé les prémisses d'une théorie cybernétique de l'alcoolisme qui renverse le point de vue habituel : si la vie sobre de l'alcoolique le conduit à boire, tous les procédés qui cherchent à consolider son style personnel d'abstinence échoueront à réduire ou à contrôler son intoxication. La personne qui s'alcoolise sur un mode pathologique commettrait une « erreur » liée à sa conception de la sobriété et verrait dans sa consommation la correction subjective de cette « erreur », d'où l'expression *in vino veritas*. L'alcoolique tente d'échapper aux prémisses malades de sa propre vie, prémisses régulièrement renforcées par son environnement social. Bateson nomme « appariement converse » (*converse matching*) entre sobriété et intoxication la permutation des termes où l'alcoolique se perçoit comme anormal en étant sobre et lui-même en buvant. La fonction anesthésiante de l'alcool ne serait pas suffisante pour expliquer cet appariement converse. Bateson considère le programme des Alcooliques Anonymes (AA) comme un changement épistémologique pertinent face à ce problème, par l'abandon du dualisme cartésien entre esprit et matière, ou entre volonté consciente (le *self*) et le reste de la personnalité.

Les « douze étapes » des Alcooliques Anonymes

En se croyant le capitaine de son âme, l'alcoolique se révèle incapable de transmettre ses volontés au pilote censé diriger ses actions. Le programme des douze étapes, élaboré par Bill W., l'un des fondateurs des AA, lui-même alcoolique, devient un protocole thérapeutique où l'alcoolique apprend à renoncer à l'ambition symétrique d'être le plus fort face à la bouteille, par la reconnaissance d'une force communautaire et supra-humaine qui le positionne dans une position complémentaire basse.

La première étape revient à admettre l'impuissance devant l'alcool, rendant la vie ingérable. La deuxième est l'affirmation d'une conversion à la croyance selon laquelle une puissance supérieure à soi permet de retrouver la raison. Les autres étapes consistent à reconnaître que cette puissance est « Dieu tel que nous le comprenons », dans une perspective spirituelle ou mentale, cherchant à respecter la croyance de chacun. Les personnes agnostiques ou athées peuvent accepter le principe d'un dieu immanent, émergent de l'interaction entre les prédispositions biologiques de l'organisme et les pressions communautaires ou

sociales (il existe une communauté de groupes d'Alcooliques Anonymes agnostiques). La formulation respecte tout autant la possibilité d'un Dieu transcendant des religions révélées.

Il s'agit alors pour la personne dépendante de la bouteille de reconnaître ses torts et ses défaillances vis-à-vis de soi-même et des autres, en demandant à Dieu de bien vouloir éliminer les défauts de caractère, les déficiences, afin d'arriver à faire amende honorable vis-à-vis de soi-même et d'autrui. La dernière étape, résultant de ce réveil spirituel, consiste à transmettre cette expérience à d'autres personnes confrontées au même type de problème.

D'entrée de jeu, il est proposé à l'alcoolique de reconnaître qu'il est sans défense vis-à-vis de l'alcool : qu'il soit ivre ou sobre, sa personnalité ne lui permet pas de lutter contre un trouble qui n'est vraiment appréhendé à sa juste mesure qu'après avoir « touché le fond » : « Essayer d'user de la puissance de la volonté, c'est tenter de se soulever soi-même par les tirants de ses bottes. » L'expérience de l'échec ne sert pas seulement à convaincre la personne alcoolique de la nécessité de changer, elle est déjà le point de départ de ce changement. Faire l'expérience de ce changement, où l'on reconnaît être vaincu par la bouteille, est déjà une première expérience spirituelle.

Les circuits complets de l'esprit

L'activité mentale devient ainsi la résultante d'un système autorégulateur, relevant d'un circuit complété de transmissions d'informations bien au-delà de l'enveloppe corporelle d'un être humain isolé : « [...] aucune partie de ce système (inter)actif ne peut exercer de contrôle unilatéral sur le reste ou toute autre partie du système. Les « caractéristiques mentales » sont inhérentes ou immanentes à l'ensemble considéré comme totalité » [11].

Les idées sont l'expression immanente de conversions de différences qui surgissent dans le réseau complet de voies où circule l'information : ce réseau ne s'arrête ni à la conscience ni à la peau, et comprend les voies de tous les processus inconscients, autonomes et refoulés, sensorimoteurs, nerveux et hormonaux, ainsi que les voies externes qui relient l'organisme à son environnement. Bateson souligne l'impasse des conceptions cherchant à limiter l'activité cognitive à l'intérieur du corps ou du cerveau, alors que de vastes parties du réseau de la pensée se trouvent également situées à l'extérieur. Si l'esprit est immanent au corps, il doit alors lui être transcendant, et s'il est supposé transcendant, il doit alors être immanent, etc. [11].

Relations symétriques et complémentaires

Bateson repère la fierté de l'alcoolique comme une attitude résolument symétrique vis-à-vis de la bouteille, de soi et des autres. Le défi de la maîtrise de soi dans l'abstinence génère la nécessaire affirmation de soi par la boisson, ce qui conduit irrémédiablement à une preuve par l'absurde : « Je suis prêt à relever le défi, et ça ne marche pas. » Ce défi conduit à un *double bind* mortifère : l'obsession de l'esprit, qui le pousse d'autant plus à boire qu'il pense triompher de la bouteille par l'abstinence, et la révulsion du corps entraîné vers la violence, la folie et la mort. Cette fierté symétrique se manifeste dans ses relations avec son patron, son épouse, ses amis, dont il ne supporte pas la dépendance, c'est-à-dire une relation complémentaire où il se trouve dans la position basse, qui pourtant s'exacerbe par les conséquences de plus en plus délétères de ses alcoolisations.

Pour l'alcoolique, la décision d'appartenir à la communauté des AA ne saurait relever que de lui-même. Elle n'intervient le plus souvent que lorsqu'il a fait l'expérience initiatrice de « toucher le fond », par-

fois à plusieurs reprises, et de manière de plus en plus grave. En acceptant les « douze traditions » qui réglementent l'organisation des AA et qui complètent les « douze étapes », la personne alcool-dépendante reconnaît un pouvoir supérieur à celui des membres qui composent cette organisation. Il fait, en quelque sorte pour la première fois, l'expérience d'une relation complémentaire adéquate à sa personnalité, à savoir appartenir à une communauté qui le reconnaît dans sa singularité, dans sa valeur, dans l'affirmation constructive de soi. On peut noter ici que le Dieu des AA détient un « pouvoir sans pouvoir » qui respecte les croyances de chacun. L'anonymat, la prière contribuent à prescrire cette relation complémentaire, puisqu'il s'agit de « faire partie » d'un système dont la finalité est unique, contrairement aux systèmes mentaux naturels comme la famille ou la faune et la flore. Ce but unique est de communiquer le message AA à la personne alcool-dépendante qui le désire, de manière à réaliser une relation non compétitive avec le monde environnant. « La variable à maximiser est une complémentarité dont la nature relève plus du "service" que de la "domination" » [11].

Communautés d'entraide pour les autres formes d'addiction et pour les proches

Le programme des douze étapes a été repris dans des formulations identiques par des communautés d'entraide pour les autres formes d'addiction : Narcotiques anonymes, Dépendants affectifs et sexuels anonymes, Joueurs anonymes, *Computer gaming addicts anonymous*, etc. Par ailleurs, des groupes d'entraide s'organisent auprès des amis et membres de la famille abstinents de la personne sous l'emprise de l'addiction : le conjoint ou la conjointe (Al-Anon, Nar-Anon, etc.), voire les enfants. L'un des objectifs de ces groupes est de permettre au conjoint abstinent de renoncer au défi de vouloir coûte que coûte sortir de son addiction celui ou celle qui en est dépendant(e).

Toutes ces démarches d'entraide communautaire ne sauraient prétendre assurer l'alpha et l'oméga du renoncement aux conduites addictives. Si elles conviennent à certaines personnes dévastées par l'addiction et à leurs familles, elles peuvent se révéler inutiles voire contre-indiquées pour d'autres. Ceci vaut sans doute pour toutes les formes d'intervention ayant quelque efficacité, cette question n'étant pas abordée dans les évaluations actuellement publiées (*voir plus loin*). De manière paradoxale, elles opèrent en dehors du champ de la santé, ne reposent pas sur des prestations lucratives et non pas de prétentions ou de vocations thérapeutiques, alors même qu'elles prescrivent des conduites à tenir à partir de guides qui ne sont pas sans rappeler les procédures des thérapies comportementales et cognitives.

Cybernétique des restrictions et psychothérapie

Sur le plan de la psychothérapie, l'appréhension des symptômes comme des contraintes liées à des restrictions cybernétiques, plutôt que comme la résultante de causes liées à des événements passés, apparaît particulièrement fructueuse. Les événements pathologiques sont considérés comme survenant « en lieu d'autres événements » plutôt qu'« à cause d'autres événements ». Comme le souligne White, ni l'individu ni la famille ne sont le problème, qui n'a pas non plus de fonction particulière : le problème est le problème. Il empêche les personnes d'entreprendre une recherche par tâtonnements qui leur permettrait d'entrevoir de nouvelles alternatives [60].

Les restrictions liées à une atteinte des systèmes de traitement de l'information conduisent à une augmentation de l'entropie, qui se traduit par la violence, la fatigue, voire l'épuisement. Chaque toxique produit des limitations sensorielles spécifiques, conduisant à réduire la gamme des différences perceptives, sources de distinctions cognitives. Ces limitations sensorielles créent un biais en augmentant le seuil de perception des nouvelles différences et en diminuant ainsi la variété des idées que nous sélectionnons de la nature. Le récepteur ne répond plus à certaines différences ou distinctions. Les restrictions limitent la capacité du système pour la recherche par essai/erreur qui est nécessaire pour la découverte d'idées nouvelles et le déclenchement de nouvelles réponses.

Les restrictions liées à la redondance se traduisent par des présuppositions répétitives ou des schémas de comportements itératifs : chacun, face à l'attitude d'autrui, répond de façon automatique par la même attitude attendue de part et d'autre. Le comportement toxicomane, comme l'ensemble des comportements exprimés dans un système familial, se traduit par l'apparition de multiples redondances, qui limitent la possibilité d'alternatives. Ces restrictions aboutissent au fait que les comportements/réponses, les préconceptions ont tendance à se renforcer dans des schémas d'interactions répétitifs et de plus en plus limités. White parle ici d'habituation, là où il serait sans doute plus approprié d'évoquer le processus d'accoutumance (voir plus bas).

Les restrictions liées au *feed-back* se repèrent lors des augmentations des seuils d'activité, des freins paralysant la prise d'initiatives, du ralentissement des grandes fonctions vitales, de l'épuisement, des distorsions considérables dans l'évaluation des gains et des pertes en fonction des objectifs, liées à l'emprise tyrannique de l'addiction.

Ces restrictions multiples vont de pair avec l'indifférenciation des niveaux d'organisation et de fonctionnement, qui s'apparente à une sorte de *gouvernance tyrannique des symptômes* : non seulement le patient se voit restreint dans un champ de plus en plus limité de conduites stéréotypées, mais ses proches se trouvent asservis à des conduites obligées, dans leurs moindres gestes, par ces limitations. Dans de tels cas, chacun a tendance à assimiler les relations « stimulus et réponse » à des relations « cause et effet ». Tout se passe comme si le système ne pouvait plus répondre au moindre événement fortuit que de manière fortuite, sans possibilité de différer la réponse par un examen de la situation, aussi bref soit-il. Sur le plan clinique, on observe alors une saturation des capacités de recours aux raisonnements contrefactuels (« si je faisais X, alors Y risquerait de se produire ») et à l'exercice du libre arbitre : chacun en vient à s'accuser, ou à accuser l'autre, de ne pas se comporter correctement.

Distorsions liées à l'accoutumance pathologique

La recherche des relations de causes et d'effets, si elle échappe en grande partie à la démarche psychothérapeutique, reste une obligation épistémologique et scientifique. Elle oblige à considérer les interactions entre l'identification des stimuli déclencheurs, des mouvements-symboles, des représentations imaginaires et symboliques et les modifications neurohormonales qui sous-tendent l'activité du corps et de l'esprit.

L'accoutumance fait partie des modifications téléonomiques du comportement, c'est-à-dire qu'elles sont régulées en fonction d'un but assigné par la reproduction sur le plan de l'évolution de l'espèce. Ces modifications téléonomiques se distinguent des modifications téléologiques, où les rétroactions finalisées sont assurées par la conscience individuelle, volontaire et intentionnelle. Elles apparaissent très tôt dans le développement de l'enfant et comprennent, outre l'accoutu-

mance, le rodage des processus moteurs, la sensibilisation, l'habituation, la fuite résultant d'un traumatisme, l'empreinte, l'imitation [36]. Il se produit une association fixée entre les stimuli clés qui déclenchent la réponse comportementale innée et le contexte environnemental au sein duquel l'organisme évolue.

La transformation des conduites qu'elles effectuent s'auto-entretient du fait même de sa réalisation et apparaît, sur le plan externe et comportemental, comme l'analogie et le prolongement de l'induction embryologique : une fois la transformation ou l'acquisition réalisée, celle-ci n'est pas réversible. Ces modifications téléonomiques surgissent, tant sur le plan phylogénétique qu'ontogénétique, avant les apprentissages par conditionnement opérant, où le renforcement de la modification comportementale s'effectue par la récompense liée à des résultats satisfaisants et par l'évitement des solutions vouées à l'échec.

À l'inverse de l'habituation désensibilisante, l'accoutumance est le propre des espèces supérieures. L'accoutumance se caractérise par la connexion entre la séquence instinctive de lien et le schéma contextuel désormais acquis, la globalité de ce schéma contextuel devenant indispensable au déclenchement de la séquence coordonnée héréditairement [36]. La connaissance des familiers, au-delà du processus d'empreinte, repose ainsi sur l'accoutumance qui rend indispensable le lien préférentiel avec eux et permet la différenciation avec les relations étrangères à l'univers familial.

Sur le plan du système nerveux central et du système nerveux végétatif, le renforcement indéfectible des liens, pour peu qu'ils soient source de plaisir, se traduit par la sécrétion des morphines naturelles produites par des neurones spécifiques. Mais comme le souligne Vincent [57], l'état central fluctuant du cerveau oscille entre des mouvements de plaisir et de déplaisir. L'éducation consiste à supporter l'effort, source d'une certaine dose de déplaisir, de manière à accomplir des actions qui donnent accès à une satisfaction secondaire qui « vaut la peine » et qui mérite d'être poursuivie tout au long du développement psychoaffectif. Lors d'un recours à la drogue, ce processus est inversé : l'obtention du plaisir immédiat lié à la prise de toxique débouche secondairement à une expérience de souffrance. Les opioïdes artificiels viennent se substituer aux endorphines sécrétées par le cerveau. L'accoutumance au produit rend sa consommation toujours plus contraignante et de plus en plus importante pour atteindre les mêmes niveaux de plaisir. Cette hypothèse est congruente avec l'observation psychodynamique selon laquelle la prise de toxique reproduit artificiellement une relation symbiotique et régressive à une mère toute puissante. L'accoutumance au produit vient remplacer l'accoutumance aux liens interpersonnels et au dépassement de soi par les apprentissages symboliques. Dans cette perspective, l'objectif d'une prise en charge de la famille consiste moins à réactiver les situations supposées traumatiques qu'à encourager l'effort de rencontres de manière à retrouver les satisfactions liées au développement des liens.

Atteinte des processus d'apprentissage par essais et erreurs et des deutéro-apprentissages

À partir de cette dépendance au toxique réalisée par le processus d'accoutumance, des schémas de comportements, de croyances, de pensées sont susceptibles de créer des enchaînements automatiques par répétition de conditionnements opérants, sur le mode du « réflexe conditionné » associant un stimulus contingent au comportement consommatoire. Face aux contextes régulièrement rencontrés associés à

des sentiments de frustration, d'échec, de solitude, le patient recourt préférentiellement à la conduite addictive.

Bandura [9] a postulé l'existence d'un déterminisme réciproque qui rend les facteurs personnels, environnementaux et comportementaux interdépendants. Le comportement du toxicomane entraîne une réponse de la part de ses proches ; il perçoit alors les réponses de ces derniers, les évalue en fonction de facteurs personnels et ajuste son comportement en conséquence.

Pour Beck et al. [14], la prise de toxique conduit à un enchaînement de croyances, de pensées et de comportements qui finit par créer un cercle vicieux. Le noyau de croyances : « je suis piégé dans la solitude » va de pair avec des émotions de tristesse, de frustration ou de colère, conduisant à des croyances sur la valeur salvatrice de la drogue : « la drogue est une évasion », « la drogue me rend plus sociable ». Il s'ensuit l'apparition d'une série de pensées automatiques inspirées par le besoin impérieux de recourir à la prise de toxique, conduisant à la mise en œuvre de stratégies pour sa recherche et pour sa consommation, cette dernière renforçant les croyances nucléaires du piège de la solitude.

Conjointement à ce cercle vicieux, les membres de la famille sont aussi engagés dans un circuit de croyances, d'émotions, de sentiments, d'attitudes et de pensées incoercibles. La prise de toxique vient radicalement contredire la croyance qui nous vient de la psychologie populaire : « quand on veut, on peut ».

Enfin, le recours à l'addiction surgit le plus souvent lorsque se pose la question de l'autonomie. Voler de ses propres ailes, affronter les contraintes multiples de la vie adulte, tant sur le plan sentimental que professionnel, nécessite de faire l'expérience d'apprentissages de niveau 2, ou deutéro-apprentissages [12, 13]. Découvrir le monde du travail revient à accomplir des tâches qui, par bien des côtés, sont à l'opposé de ce qui a été appris pendant les études. S'engager dans la vie sentimentale oblige à trouver des aménagements entre la passion et la raison, entre la logique du cœur et celle des missions familiales et sociales.

Ces mises à l'épreuve reposent sur des moments de désapprentissage, sources de confusion, à partir desquels il est possible d'accéder à la créativité personnelle, par l'appropriation de règles intériorisées compatibles avec les règles de la vie sociale. L'addiction apparaît comme une « solution » qui semble permettre de faire l'économie de telles épreuves, en conduisant à l'illusion d'une indépendance artificielle reposant sur la subversion de toutes les règles. Le patient devient asservi aux contraintes tyranniques et impérieuses du toxique : celui-ci opère comme un personnage autoréférent dont l'envahissement empêche l'ajustement des règles intériorisées aux règles de la vie en société. La spécificité des thérapies systémiques revient à créer des contextes favorisant l'expérience de ces deutéro-apprentissages.

Les grandes options thérapeutiques

On peut distinguer, à la suite de Liddle et de Dakov [34], les thérapies familiales classiques et les prises en charge familiales sur le mode d'un partenariat familial à finalité thérapeutique.

Dans les thérapies familiales classiques, la démarche thérapeutique repose sur les explorations des singularités familiales supposées présenter une incidence sur la formation et la persévérance des troubles toxicomaniaques. Ce paradigme repose, au moins partiellement, sur l'hypothèse d'une pathogenèse familiale ; les relations dans la famille, du fait de la présomption de leur rôle causal dans la création des troubles, sont la cible primaire de l'intervention. Inspirées par les

grands courants des thérapies familiales, ces formes de traitement des troubles addictifs ont donné lieu à des connaissances variées sur le fonctionnement familial.

Dans les modèles de participation ou de partenariat familial, les comportements addictifs sont considérés comme extrinsèques à l'organisation dynamique de la famille, tout en affectant les conduites et les cognitions de ses différents membres. Ceux-ci sont incités à participer à un programme de prise en charge global, par un apprentissage comportemental et cognitif, sans que le clinicien ne cherche à intervenir directement sur les interactions familiales.

D'autres courants, d'inspiration systémique, cherchent à maintenir cette alternative en suspens. Ils se dégagent des principes de causalité linéaires et circulaires, et se focalisent sur les restrictions cybernétiques, les solutions, les conversations, les opérateurs des liens (rituels, mythiques et épistémiques) [42], les processus d'autonomisation [39].

Interventions centrées sur le fonctionnement familial

En explorant les caractéristiques de la famille, les thérapies familiales classiques ont développé des approches très diverses, synchroniques et diachroniques, cherchant à améliorer les modes de communication de la famille nucléaire, voire de la famille étendue. Elles supposent des demandes et des motivations suffisantes pour que les membres de la famille acceptent de s'impliquer activement, en questionnant leurs styles de relations. Elles en viennent à considérer qu'il existe des dysfonctionnements familiaux plus ou moins spécifiques liés à la prise de toxique.

Stratégies et tactiques autour de l'addiction

Stanton, Todd et al. [55] ont développé une méthode de thérapie familiale pour les adolescents et les jeunes adultes toxicomanes en combinant les apports des thérapies familiales structurales (Minuchin) et stratégiques (Haley).

Lorsqu'un jeune est amené à consulter, il apparaît hautement pertinent que le thérapeute arrive à lui faire accepter au plus vite la participation de ses proches. Lorsque c'est possible, la présence, dès le premier contact, du patient et de sa famille facilite le processus thérapeutique. Il importe que ce soit le thérapeute qui prenne l'initiative de cette rencontre conjointe et qu'il n'attende pas que le patient cherche à solliciter de lui-même la présence des autres membres de la famille. Le thérapeute doit faire alliance avec la famille dans une attitude bienveillante et non critique, en évitant les jugements négatifs et sans le moindre blâme ou accusation concernant la responsabilité de quiconque dans ce qui arrive.

Les outils principaux de la thérapie sont la focalisation sur les préoccupations actuelles, la recherche de solutions dans l'ici et maintenant, la mise en œuvre de directives et la prescription de tâches. Les problèmes méritent d'être précisés dans des termes qui permettent de déboucher sur des solutions. L'important est d'aboutir à des changements qui surgissent en dehors des consultations. Le thérapeute est directif, responsable du changement, et procède par recadrages contextuels, injonctions paradoxales, restructurations des frontières. Dans un premier temps, Le thérapeute a intérêt à se focaliser d'abord sur le patient désigné plutôt que sur les interactions familiales. Le thérapeute peut justifier l'objectif de permettre au toxicomane de sortir de la

dépendance, tout en prescrivant à celui-ci de maintenir ses symptômes tant qu'il ne peut pas faire autrement et à ses proches d'afficher ouvertement qu'ils souhaitent ce maintien symptomatique tant qu'une solution moins insatisfaisante n'est pas envisageable.

Pour Angel et Angel [5], l'objectif premier de la thérapie n'est pas le sevrage mais l'amélioration des communications familiales, en permettant aux membres de la famille de se dégager des liens considérés comme pathologiques. Une telle démarche n'est fructueuse que si elle ne tombe pas dans les pièges d'une normalisation ou d'un recours à un modèle familial unique. Le respect de la dépendance va de pair avec le temps laissé à la famille pour qu'elle découvre de nouvelles formes d'organisation et de communication. Les auteurs ont intégré dans leur démarche thérapeutique le traitement substitutif comme point de départ permettant d'éviter les conséquences socialement et médicalement dangereuses de la dépendance au toxique. Se référant au modèle du système interactionnel dysfonctionnel et pathogène, ils abordent l'ensemble des relations aux parents, aux frères et sœurs, aux grands-parents. Ils interrogent la famille sur son histoire sur plusieurs générations de manière à repérer certains schémas répétitifs. Ils distinguent quatre étapes :

- celle du consensus marqué par le déni de la prise du toxique ;
- celle de la crise où la prise de conscience de la gravité des troubles crée une rupture d'équilibre et une demande de consultation ;
- celle de la répétition de l'homéostasie où la demande de la famille s'exprime sur un mode paradoxal de changement, sans modification de son fonctionnement ;
- celle de l'après-sevrage où les nouvelles attitudes du jeune sont fréquemment non reconnues et génèrent de nouveaux degrés de liberté et d'indépendance pouvant être vécus comme menaçants pour l'équilibre de la famille. La dynamique du changement repose avant tout sur la requalification de la structure relationnelle intrafamiliale. Le nombre des séances n'est pas limité dans le temps, l'important étant de réussir la clôture du processus thérapeutique selon une échelle de durée incompressible.

Modèle de l'équipe réfléchissante

Le modèle de l'équipe réfléchissante a d'abord été développé par le psychiatre norvégien Andersen et al. à l'Université de Tromsø. Dans l'esprit de Lussardi et de Miller [37], ce dispositif apparaît particulièrement approprié lorsque le fonctionnement familial est dominé par le contrôle et le secret autour de la prise de toxique. Ce modèle est le prolongement des approches systémiques de l'école de Milan et tient compte des théories de Bateson, de Maturana et de von Foerster.

Une prémisses importante est qu'un système enlgué par la rétention d'information et la tyrannie des comportements addictifs, par exemple une famille avec un adolescent toxicomane, a besoin de « nouvelles idées ». Pour Watzlawick et al. [59], les problèmes sont maintenus par la répétition à l'identique des idées et des comportements.

Les auteurs pensent également qu'il existe une relation récursive entre les croyances et le comportement. Les gens agissent en accord avec leurs systèmes de croyance. Quand les croyances changent, les comportements seront également modifiés.

Une autre prémisses essentielle est qu'il n'existe pas de réalité ni de vérité objective. Il s'agit plutôt pour chacun de formuler ses propres versions ou images de la réalité par la description des distinctions fondées sur ses expériences et croyances en comparaison avec celles des autres. Dès lors, une tâche importante du clinicien consiste à découvrir les affirmations, croyances et images exprimées par nos patients (aussi bien que possible), de façon à générer de nouvelles distinctions et des

réalités alternatives qui peuvent introduire la « différence qui fait une différence » [12]. Le thérapeute est un participant dans la construction de la réalité du système de la thérapie [58].

Une troisième prémisses concerne la connotation positive développée dans le cadre théorique de l'école de Milan [51]. Il est difficile, voire impossible, pour quiconque de sortir d'une impasse ou de changer à partir d'une dénotation négative de ses comportements. En connotant positivement les comportements symptomatiques de tous les membres de la famille, les thérapeutes qualifient la fonction homéostatique de leur système d'interactions, par une attitude non verbale de soutien bienveillant adressé à chacun et par un recadrage valorisant des conduites problématiques.

À partir de ces prémisses, l'équipe réfléchissante observe les échanges entre le thérapeute et la famille, formulant des idées et des impressions fondées sur le processus en cours de développement. À certains moments de l'entretien, le thérapeute s'enquiert des idées de l'équipe. L'équipe rentre dans la salle de consultation, tandis que la famille et le thérapeute se placent dans la salle d'observation, derrière la glace sans tain, de manière à écouter les discussions, impressions, questions, pensées de l'équipe. L'équipe et la famille retournent à leur place initiale, et le thérapeute demande à la famille quels sont les éléments de la discussion qui les ont frappés.

Rétablissement de l'équité par les thérapies familiales contextuelles

Bernal et Florez-Ortiz [16], prolongeant les travaux fondateurs de la thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy, reconnaissent la prédisposition biologique à la prise de toxique, tout en cherchant à identifier en quoi les comportements autodestructeurs de l'addiction peuvent comporter un aspect sacrificiel cherchant à protéger les autres membres de la famille de leurs relations insatisfaisantes.

La thérapie contextuelle, plutôt que de reposer sur les concepts médicaux de soins ou de guérison, s'apparente d'avantage à un projet politique d'émancipation et de libération. Elle favorise le processus du dialogue, de la confiance méritée, en identifiant les ressources plutôt que la pathologie. Elle cherche à rééquilibrer les obligations parentales, conjugales, idéologiques, politiques et professionnelles dans la famille, en enjoignant, par exemple, aux conjoints de renforcer leurs liens avec leur famille d'origine lorsque ceux-ci ont été distendus, voire de les renouer lorsqu'ils ont été rompus.

L'attention pour le *contexte* permet d'explorer le domaine des ressources potentielles des personnes, des couples, des familles, incluant les ressources passées, présentes et prospectives pour les individus en interaction. Le contexte intègre à la fois les ressources verticales (familles d'origine) et horizontales (familles de procréation), de même que les perspectives individuelles et systémiques des relations.

Dans la mesure où les comportements toxicomaniaques vont affecter les processus d'équité, de confiance, de qualification, de légitimité, de loyauté au sein de la famille, les thérapeutes contextuels chercheront à les restaurer dans leur démarche thérapeutique.

Le *rétablissement de l'équité*, considérée comme le fondement de tous les systèmes humains, revient à rééquilibrer les droits et les obligations. Les dysfonctionnements liés à l'addiction sont le témoin des déséquilibres entre les uns et les autres, aboutissant au sentiment d'injustice. La colère et l'hostilité sont fréquemment la manifestation de la perception d'une relation inéquitable. La prise en compte de ces mouvements de colère et d'hostilité permet de développer les contextes favorisant le sentiment d'équité.

La *restauration de la confiance* cherche à renforcer l'expérience de relations équitables entre générations. Lorsque l'enfant devient un objet de gratification des besoins parentaux, l'asymétrie des relations éthiques est perturbée. L'adolescent toxicomane peut ainsi apparaître « parentifié » et exploité, semblant mobiliser ses forces pour satisfaire aux exigences du toxique comme s'il s'agissait de protéger ses parents au détriment de son propre développement. L'usage du toxique s'accompagne de sentiments de trahison, liés aux occultations, mensonges auxquels conduit cet usage, et aboutit à des attitudes de méfiance et de défiance. Il s'agit alors de dégager l'enfant du processus de *parentification*, en favorisant les conditions où l'enfant et ses parents peuvent à nouveau se faire confiance.

Il s'ensuit une *requalification* des positions des parents et de leur enfant, qui résulte de la reconnaissance des mérites réciproques effectués au sein de leur relation. La balance des crédits et des débits, liée au souci des intérêts du bien-être d'autrui, s'infléchit au fur et à mesure que l'enfant grandit. En s'émancipant, il arrive à donner plus qu'il ne reçoit. Cette évolution est menacée par l'usage du toxique, qui vient alourdir la colonne des débits matériels et affectifs. La requalification est un aspect important de la redistribution équitable des fardeaux et des bénéfices dans les relations marquées par une étroite solidarité, d'autant plus sollicitée que les enjeux de vie et de mort sont aigus.

L'exploration des reconnaissances et des obligations entre les générations débouche sur le *renforcement de la légitimité qui assigne des fonctions à chaque membre de la famille*. D'un côté, la légitimité est un mandat transgénérationnel, de l'autre, elle est une dialectique générationnelle. S'intéresser à l'épanouissement des générations passées et présentes, de même qu'à l'épanouissement des générations futures, est un moyen de contribuer à la légitimité. Le fait d'aider à définir et à clarifier les termes de cette légitimité est un point central des thérapies contextuelles.

L'*amélioration des liens de solidarité et l'évolution des loyautés* permettent de faire face à l'amplification des conflits occasionnée par l'addiction. La loyauté se développe soit à partir d'une juste considération des mérites, soit par la qualification résultant des relations avec la famille d'origine. La loyauté entre deux personnes produit un effet triadique en positionnant un autre membre de la famille comme tiers. Les manifestations verticales de loyauté vis-à-vis de la famille d'origine se heurtent fréquemment aux manifestations horizontales de la famille de procréation. Ces heurts sont particulièrement critiques aux différentes étapes des cycles de la vie familiale et sont exacerbés par la prise de toxique. Celle-ci amplifie ainsi le processus de *loyauté clivée* où l'enfant doit choisir entre son père ou sa mère : l'affection que l'enfant exprime à l'un de ses parents est perçue comme une offense vis-à-vis de l'autre. La démarche thérapeutique en vient à repérer des *loyautés invisibles* dans les situations pathologiques où le toxicomane maintient un lien occulté avec un autre membre de la famille au travers de ses comportements auto- ou hétérodestructeurs.

La *partialité multidirigée* est à la fois une méthode et un but de la thérapie familiale contextuelle. Il s'agit d'initier le dialogue entre les membres de la famille, d'aider chacun à définir sa position, à tolérer des points de vue opposés et à reconnaître les efforts mutuels. Les thérapeutes ne font preuve ni de neutralité ni de partialité exclusive à l'égard de tel ou tel. Ils reconnaissent au contraire le bien-fondé, la valeur de chaque position exprimée, voire défendue, s'appuyant sur les actions concrètes et les conséquences de celles-ci sur la famille. Le but de la thérapie est ainsi de rétablir et/ou de construire la confiance en favorisant le dialogue. En testant la fiabilité de la confiance réciproque dans les relations, par la reconnaissance des domaines où cette confiance est mise à mal, la thérapie contextuelle cherche à rééquilibrer la balance à long terme des charges et des bénéfices traversant les générations.

Dégagement des triangles asservissants et développement de l'autonomie par les thérapies familiales multigénérationnelles

La compréhension des dysfonctionnements de l'adolescent toxicomane, telle qu'elle est proposée par Chabot et Matteis [17] à la lumière des hypothèses de la thérapie familiale multigénérationnelle (Bowen), repose sur l'exploration de divers domaines :

- les processus multigénérationnels provenant des familles d'origine des parents ;
- le niveau d'anxiété dans la famille ;
- les caractéristiques des membres de la famille : tempérament, personnalité, fonctionnement émotionnel habituel ;
- les relations des membres de la famille avec leurs connaissances ;
- le contexte scolaire et/ou professionnel des membres de la famille.

La dépendance au toxique est ainsi considérée dans une perspective systémique multigénérationnelle qui ne mésestime pas la dimension des niveaux individuels, génétiques et socioculturels. D'une part, il existe une susceptibilité individuelle à la dépendance due à des facteurs génétiques relevant de l'héritage familial. D'autre part, la détresse psychologique, l'anxiété et la dépression de l'adolescent apparaissent comme des facteurs de risque. Les pressions sociales, scolaires, puis professionnelles rendent l'adolescent, puis le jeune adulte particulièrement vulnérables. Les parents sont confrontés de leur côté au stress lié aux contraintes du milieu de la vie, tandis que les grands-parents affrontent l'adversité du grand âge. Les uns et les autres sont confrontés, dans des proportions supérieures à la normale, à l'anxiété, la dépression, la honte, l'ambivalence, la confusion, la défiance, voire au recours à des addictions diverses.

Tous ces facteurs se traduisent par une plus ou moins grande *indifférenciation des selfs sur plusieurs générations*, et l'existence de *triangulations* susceptibles de réguler les niveaux élevés d'angoisse. Une famille confrontée à la dépendance aux drogues modifie le fonctionnement des systèmes émotionnels, réduit celui des systèmes intellectuels et sentimentaux, ce qui provoque une diminution de la distinction entre soi et autrui et de la prise d'autonomie. Le thérapeute évalue les effets de l'addiction, les conflits relationnels, les moments de transition dans les cycles de la vie personnelle et familiale, et les autres facteurs de stress, comme le réseau de la cohorte d'âge et les difficultés scolaires ou professionnelles. Il cherche à définir les buts à atteindre, la façon dont chacun est affecté par la prise de drogues, ce qui mériterait de changer, le niveau de désarroi et la manière dont il s'exprime, les objectifs que chacun se fixe, en quoi l'addiction interfère avec ces derniers, la motivation à se sortir de l'emprise du toxique.

Sur le plan thérapeutique, Bowen élargit le concept de *transfert* à celui de *relation thérapeutique* qui est pour lui le traitement universel des maladies émotionnelles. L'introduction d'un tiers significatif dans un système de relation marqué par l'anxiété ou les perturbations a la capacité à modifier les relations dans le système. Le thérapeute est un observateur, un chercheur et un consultant. Tout en faisant preuve d'empathie, il garde une certaine distance de manière à ne pas se trouver emmêlé dans les intrications émotionnelles de la famille.

Le thérapeute dirige son effort vers l'*atténuation du niveau d'anxiété* dans la famille en canalisant le flux de la communication, son contenu et la participation aux séances. Les membres de la famille sont incités à parler directement au thérapeute comme étant opposés les uns aux autres. Cela permet de diminuer la tendance aux réactions émotionnelles exacerbées que les membres de la famille risquent d'exprimer dans un échange direct entre eux. Le thérapeute invite aussi les membres de la famille à ne pas évoquer des effets de la drogue à la maison et à se sentir responsables de l'instauration d'un climat émotionnel calme dans le foyer familial.

Lorsque la toxicomanie est très sévère, ses effets interfèrent avec le déroulement des séances. Il devient alors nécessaire d'inciter le jeune à participer à un programme de traitement conjoint. *Il est contre-productif d'évoquer les aspects transgénérationnels au début de la thérapie familiale.* Si l'intoxication n'est pas trop sévère, mieux vaut ne pas se focaliser directement sur les problèmes d'addiction. L'objectif primordial est de démêler les processus qui tournent autour de la prise de toxique des autres problèmes.

L'intérêt du thérapeute se focalise sur les *triangles clés* du système familial. Le but est d'aider la famille à diminuer la tendance automatique à former des triangles pour éviter les conflits. Lors de la consommation de toxique, un triangle artificiel est au premier plan de la scène, dont le personnage principal est le toxique lui-même. Pour peu qu'il existe plusieurs produits consommés et plusieurs consommateurs dans la famille, se développent alors plusieurs triangles asservissants, pouvant créer des mouvements violents d'attraction et de répulsion vis-à-vis des produits de la part des consommateurs et des membres abstinents de la famille.

On encourage l'ouverture et le renforcement des liens chaleureux dans les périodes de détente et de stress. *Le thérapeute identifie les triangles qui se sont développés autour du triangle primaire qui relie les deux parents à l'enfant.* On assigne des tâches en donnant à chacun l'opportunité de modifier sa position personnelle dans un triangle. Pour ce faire, le thérapeute en vient, par exemple, à rassurer la mère, de manière à ce qu'elle se sente moins impliquée dans la vie émotionnelle de son enfant, et à soutenir le père dans l'instauration d'un dialogue constructif avec lui. La *détriangulation* peut également être favorisée par l'utilisation du « je » plutôt que le « on » ou le « nous ». Le thérapeute incite chacun à gérer ses propres sentiments dans l'évolution des attitudes prises au sein du triangle. Au fur et à mesure que les triangles de la famille nucléaire sont démêlés, il est possible d'évoquer les triangles existant avec la famille élargie et dans le réseau social.

Concernant la nature du processus thérapeutique, Bowen préfère parler de *modification plutôt que de changement*. Le thérapeute assure une sorte de drainage de la tension relationnelle ; si l'intensité de son implication avec le patient risque de provoquer un retrait émotionnel vis-à-vis de sa famille, celle-ci peut devenir plus perturbée. Si l'utilisation du langage peut conduire au déni des réponses émotionnelles automatiques qui sollicitent les cinq sens et la cénesthésie, ces dernières apparaissent fondamentales dans le processus de triangulation pathologique et de restauration thérapeutique. Dès qu'un thérapeute établit un contact émotionnel avec une famille, il fait partie du système, modifie le processus de triangulation et peut contribuer à une détriangulation. La thérapie est ainsi centrée sur la différenciation des selfs par l'aide apportée aux membres de la famille pour se dégager des intrications émotionnelles qui les enchaînent. Alors qu'une thérapie conventionnelle chercherait à résoudre le conflit, la thérapie ici proposée consiste à l'inverse à permettre à chacun d'affirmer son point de vue, même s'il n'existe pas nécessairement d'accord.

Thérapies avec la famille ou en famille

Dans les perspectives qui suivent, la participation des familles à une démarche thérapeutique se dégage des typologies et des pathogenèses familiales. La thérapie résulte d'un accordage entre les demandes familiales et les demandes des équipes de soins et de traitements. D'un côté, la famille vient demander de l'aide face à des problèmes pour lesquels ses membres n'ont pas trouvé de solutions. Cette demande d'aide ne repose pas nécessairement sur un questionnement du fonctionnement familial, mais avant tout sur un désarroi face aux impasses liées à l'addiction. De l'autre côté, les thérapeutes sollicitent la famille devant

l'extrême difficulté à prendre en charge la personne toxicomane isolée de son contexte de vie. L'objectif est de mobiliser les compétences et les performances complémentaires des familles et des équipes thérapeutiques, en prenant en compte les défaillances des uns et des autres, tout en amplifiant leurs aptitudes à faire de nouveaux apprentissages.

Restriction des restrictions avec l'approche cybernétique de White

Reprenant les hypothèses de Bateson concernant la nature de l'explication cybernétique, White a développé un protocole original de thérapie familiale qui se dégage des interprétations en termes de causalité linéaire ou circulaire des interactions. S'inspirant de ce protocole, Durrant et Coles [24] l'ont utilisé dans la prise en charge de patients toxicomanes.

L'explication cybernétique est de type négatif. La question n'est pas : « Pourquoi les choses se passent-elles ainsi ? », mais plutôt : « Qu'est-ce qui a empêché que les choses se passent différemment ? » Les gens appliquent certaines solutions, parce qu'ils sont empêchés d'envisager des solutions alternatives du fait d'une restriction d'informations. Les cercles vicieux de comportements surgissent parce que seule l'information ancienne est disponible et conduit inexorablement aux mêmes essais de solution et au même comportement : « Puisqu'une explication en termes de causalité mutuelle ne concerne pas la question de savoir ce qui est la cause de quoi, ou ce qui conduit à quoi, il n'est pas pertinent de se demander pourquoi la famille se présente ainsi. La question serait plutôt d'apprécier ce qui pourrait empêcher ou restreindre la famille de trouver un chemin différent » [24].

Ces restrictions cybernétiques pourraient être vues comme les préoccupations, les dispositions mentales, les points de vue de la réalité qui permettent à l'information d'être traitée en termes de fonctionnement courant du système. Les restrictions peuvent prendre diverses formes. Les mythes au sujet de la famille, du mariage ou des relations, les moyens traditionnels de pensée et de faire provenant des générations précédentes, les préoccupations prévalentes sur certains sujets empêchent la reconnaissance de nouvelles différences et restreignent le changement.

Avec les problèmes de l'adolescence, les croyances concernant les comportements corrects et les croyances concernant la nature des problèmes du jeune peuvent restreindre les familles dans leur aptitude à répondre de façon différenciée. Ces croyances restrictives s'observent chez les parents qui pensent que leur enfant n'est pas vraiment responsable de ses conduites, que ses perturbations sont liées à des facteurs extérieurs, qu'il présente des troubles médicaux ou psychiatriques, qu'il manque d'estime de soi, et qui ne peuvent pas ainsi vraiment l'aider au niveau de ses comportements.

De telles croyances produisent des restrictions dans les réponses parentales, ce qui peut conduire à un schème d'interactions en escalade.

Le comportement toxicomane s'inscrit alors dans une gamme de comportements plus large qui apparaît inacceptable. Le comportement irresponsable de l'adolescent sollicite le recours à un surcroît de comportements hautement responsables, qui en retour aboutissent à une amplification de comportements irresponsables.

Sur le plan thérapeutique, il s'agit de développer la disposition à noter les différences, d'externaliser le problème plutôt que de le reporter sur des causes internes, de comparer les expériences passées, présentes et celles que l'on arrive à anticiper dans l'avenir, de renforcer l'influence positive des proches, de nommer autrement les désignations stigmatisantes, de développer les descriptions complémentaires entre les membres de la famille, de favoriser les apprentissages par essais et erreurs, de faire émerger les dilemmes susceptibles de permettre de nouveaux choix et de faire surgir des réponses thérapeutiques intéressantes aux réponses apportées par la famille.

Développer la disposition à noter les différences

Il arrive que la famille, lorsqu'elle consulte pour la première fois, ait déjà initié certaines tentatives de changement, dans le sens d'un contrôle de soi et de prise de responsabilités. Les thérapeutes ont intérêt à reconnaître ces mouvements de différenciation et à les mettre en valeur en tentant d'amplifier leur aspect fonctionnel. Ils peuvent ainsi poser les questions suivantes :

- « Comment avez-vous fait pour survivre tous ensemble face à la situation ? »
- « Qu'est-ce qui a pu opérer pour que vous ne soyez pas totalement submergés par le problème ? »
- « Comment avez-vous pu maintenir un minimum de contrôle vis-à-vis des événements face à l'oppression envahissante des comportements aliénants ? »

Externaliser le problème

Les familles ont typiquement des croyances qui les poussent à voir le problème comme étant lié à des facteurs internes, caractérogiques et impliquant souvent l'intentionnalité. Pour White, il s'agit-là d'explications « dormitives ». Plutôt que de chercher à convaincre les uns ou les autres de changer de point de vue, ce qui ne fait que renforcer les préconceptions, le thérapeute propose de considérer le problème comme un tyran externe qui domine la famille entière (patient y compris), sans impliquer de causalité interne. Ni une personne, ni une famille ne sont le problème. « Le problème se suffit à lui-même. » Un jeune homme engagé dans son combat contre l'héroïne peut s'apercevoir que de penser à son problème sous la forme de cet agent externe, l'héroïne, qui cherche à contrôler sa vie est plus aidant que ses idées en termes de pathologie ou de fragilité internes.

Télescoper les échelles de temps

Nombre d'événements qui surgissent dans des développements cycliques restent imperceptibles et non remarqués. Les cercles vicieux ne sont pas éprouvés comme des escalades rapides, mais plutôt comme des tendances toxiques. Les différences imperceptibles dans le déploiement temporel peuvent être rendues identifiables en juxtaposant l'état des lieux à des instants éloignés dans le temps.

Il est non seulement pertinent de rapprocher ce qui arrivait avant que le problème n'éclate avec ce qui arrive actuellement, mais aussi d'anticiper à ce qui peut arriver dans quelques mois, cinq ans, voire dix ans. Cela permet de ne pas réinterpréter le passé à la lumière du problème actuel et de dégager des perspectives en termes de carrière, de style de vie et de cours des événements.

Influence des proches

La famille décrit spontanément le problème dans les termes de ses croyances restrictives, impliquant les notions d'incompétence, de fautes personnelles, de désarroi, de culpabilité, etc. Le thérapeute peut initier des questions qui permettent d'entrevoir les influences positives que les uns peuvent exercer sur les autres :

- « Jusqu'où le temps passé à être accaparé par le problème vous empêche-t-il de faire ce que vous aimez faire ? »
- « Jusqu'où la vie de la famille est-elle dominée par l'addiction ? »
- « Que pourriez-vous avoir envie d'entreprendre dans votre vie d'adolescent si les conséquences de la prise de toxique vous laissaient un peu de répit ? »

Examiner ces questions en termes de partage de temps quantitatif peut s'avérer fructueux. Un jeune père, consommateur d'héroïne, a fini par s'apercevoir qu'il ne prenait jamais d'héroïne les week-ends où son enfant lui rendait visite. Il a pu réaliser le faible pourcentage de temps que cela pouvait représenter dans sa vie personnelle.

Redéfinir les significations déterminées par le langage

La manière de nommer les choses, les événements, les comportements ou le caractère de quelqu'un, une situation, est déterminée par les restrictions et renforce la façon particulière de voir le problème. Une façon de défier les restrictions, ou peut-être de les contourner, est de proposer d'autres dénominations, d'autres définitions aux constats contraignants. Définir le problème d'un adolescent comme étant lié à une personnalité dépendante ou addictive risque de fermer la porte à des points de vue plus prometteurs, comme de souligner son souci de s'émanciper par le choix d'une habitude aliénante. Il est plus fructueux de définir le problème comme étant lié à un style de vie particulier plutôt qu'à l'addiction à une substance.

Questionnement complémentaire

Les familles ont restreint les croyances, ce qui ne leur permet plus de sélectionner l'information concernant la forme de leurs relations et la manière dont chacun cherche à traiter le problème. Les commentaires directs, de la part des thérapeutes, sur ces croyances ou sur les relations ne fait qu'amplifier les argumentations, la colère ou l'incompréhension. Il apparaît alors préférable de questionner chaque participant sur la manière dont il conçoit le problème et la manière d'échanger, ce qui débouche sur une description double, voire multiple de la situation. Les thérapeutes peuvent ainsi explorer la diversité des points de vue dans leurs aspects complémentaires : « En quoi la sollicitation faite à vos parents d'impliquer leur responsabilité dans votre vie vous rend-elle service ? » versus « En quoi la sollicitation de votre enfant à engager votre responsabilité dans la gestion de sa vie est-elle encore nécessaire ? »

Il devient alors envisageable de mobiliser la réflexion, également sur un mode complémentaire, par un télescopage temporel : « Je m'interroge sur le fait que vos parents semblent s'être davantage mobilisés que vous-même pour vous permettre de grandir et d'évoluer. Comment pourraient-ils s'y prendre pour que vous vous sentiez plus à même de le faire par vous-même ? » versus « Quelles sont les attitudes de votre enfant qui vous ont contraints à rester très investis dans son accès à l'autonomie ? Comment pourrait-il s'y prendre pour que vous vous sentiez rassurés par ses propres prises d'initiatives ? »

Faire émerger les dilemmes

On peut considérer l'information comme les nouvelles que l'on perçoit, que l'on exprime, d'une différence. Une nouvelle information ne passe pas le seuil de la perception tant que les restrictions restent les mêmes. L'information concernant le changement peut être rendue intéressante si l'on introduit une différence en son sein. Le thérapeute fait émerger un dilemme : par exemple, décider d'emprunter un nouveau chemin ou continuer sur le même. Il peut argumenter sur les avantages et les inconvénients de chaque possibilité sans insister en faveur d'un quelconque changement tant que les restrictions et les contraintes ne le permettent pas.

Un dilemme s'esquisse de diverses manières : changer ou rester dans le même état, poursuivre une carrière dans la délinquance ou accéder à une carrière de responsabilité, laisser à son tempérament le rôle de chef, ou devenir maître de son tempérament, grandir ou régresser, etc.

Expériences

Le processus thérapeutique favorise les contextes où de nouvelles expériences deviennent envisageables. L'apprentissage et la création se nourrissent du hasard : « Le système apprend et mémorise par l'initiation de jeux stochastiques appelés empirisme ou essais et erreurs » [12]. Dans cette

perspective, les thérapeutes n'imposent pas des tâches censées correspondre à un répertoire de solutions, mais proposent des opportunités pour faire l'expérience par essais et erreurs de nouvelles manières de faire.

Répondre aux réponses

Souvent, les réponses aléatoires des membres de la famille ou du système familial, lorsqu'elles sont potentiellement sources de déagements et de progrès, ne sont pas interprétées comme telles et ne persistent pas. Le thérapeute doit répondre à ces réponses de manière à les rendre intéressantes. Lorsqu'un adolescent arrive, en de rares occasions, à contrôler sa prise de toxique, il arrive que ses proches, emportés par leurs préconceptions et leurs angoisses, en minimisent l'importance, voire les scotomisent. Paradoxalement, la manière dont les thérapeutes peuvent répondre de manière positive à la mise en valeur de ces moments exceptionnels a une fonction rassurante, tant pour l'adolescent que pour ses parents. Le fait qu'ils puissent tout autant répondre par une compassion positive au statu quo, voire aux rechutes, participe à l'apprentissage par les thérapeutes des restrictions auxquelles les patients et leurs proches sont soumis.

Développement des solutions

La *thérapie brève centrée sur la solution* selon de Shazer repose sur l'idée que « rien n'arrive toujours ». Les addictions ne font pas exception [15]. Il existe des moments et des situations (quelquefois peu nombreuses et espacées) où le consommateur choisit de ne pas se droguer (c'est-à-dire qu'il s'agit d'exceptions à la règle de l'addiction). Vue sous cet angle, la tâche du thérapeute devient celle d'aider les clients à découvrir les schèmes non problématiques, à les répéter, en accroissant la fréquence des patterns qui incluent des solutions. Le thérapeute évitera la répétition des tâches qui ne fonctionnent pas. Les tâches thérapeutiques deviennent un processus de constructions de solutions plutôt que de résolution de problèmes. Cette approche procure aux clients et aux thérapeutes des indices permettant d'envisager comment inventer et mettre en œuvre des solutions.

La *distinction entre visiteur et usager* permet de tenir compte des formes de motivation à participer au projet thérapeutique. Les clients consommateurs de drogues qui sont obligés de participer à une consultation de manière forcée, contre leur gré, sont considérés comme des visiteurs. Ils ne sont pas familiers avec ce qu'une thérapie peut apporter, ni intéressés par ce genre de démarche. Leurs seuls intérêts est de remplir les obligations à venir, mais pas de venir dans le but de traiter la toxicomanie.

De Shazer et son équipe ont ainsi proposé deux tâches thérapeutiques qu'ils considèrent comme particulièrement pertinentes avec des adolescents consommateurs de toxiques et leur familles :

- demander à l'adolescent toxicomane de « faire particulièrement attention à ce qu'il fait pour éviter la tentation/urgence de se shooter ou d'être ivre sur une période de temps précise » ;
- demander aux parents de « faire quelque chose de différent » en réponse au recours de leur adolescent à la prise de toxique, quelle que soit la façon déjantée, « à côté de ses pompes », dont il témoigne [15].

Déploiement des conversations thérapeutiques

Initiatrice, avec Goolishian [4] des thérapies narratives fondées sur le constructionnisme social, où l'élaboration est le produit des interactions et des conversations, Anderson [3] montre de quelle manière elle crée les contextes de rencontres avec le patient toxicomane et toutes les personnes qui sont à son contact, de façon que chacun puisse exprimer son point de vue.

Lorsqu'un adolescent est en pleine crise, manifestant des comportements autodestructeurs induits par la prise de toxiques, Anderson cherche ainsi à rencontrer toutes les personnes impliquées, non seulement les membres de la famille mais aussi les professionnels alertés par le problème : la psychologue scolaire, l'infirmière scolaire, l'équipe de crise et les enseignants connaissant les divers enfants de la famille. Ces rencontres peuvent se faire en sous-groupes en fonction des questions posées et des buts recherchés. Dans chaque sous-groupe, on demande à l'un des professionnels de participer comme auditeur silencieux, comme s'il était un membre de la famille. Les sujets abordés sont : les problèmes de sécurité et de légalité pour l'adolescent ; l'implication de l'école dans la situation, sur le plan de la responsabilité, de l'accompagnement thérapeutique de la famille ; l'impact sur les autres enfants de la famille ; les effets de la crise sur la vie scolaire, la façon dont les professionnels peuvent y faire face, et jusqu'à quelles limites ; etc.

L'important est que chacun arrive à exprimer ses idées, à les faire partager. Anderson n'en privilégie ni n'en mésestime aucune. Elle invite à la réflexion par des questions aussi variées que possible plutôt que par une question spécifique. Elle ne cherche pas à s'orienter dans une direction unilatérale qui risquerait d'aboutir à une fermeture prématurée. Anderson se montre curieuse, intéressée, enthousiaste par la variété des points de vue provenant des divers contextes. Cela permet aux idées, opinions, préjugés prédominants de s'infléchir, de devenir flous, de déboucher sur d'autres perspectives. Le thérapeute n'est plus ici un expert ayant les réponses à toutes les questions qui émergent, tous les participants deviennent des collaborateurs qui éclairent les facettes multiples du cas.

Le but du consultant n'est pas de collecter le maximum d'informations, d'obtenir des descriptions plus précises de la famille ou de développer des définitions plus opératoires du problème. Il n'est pas non plus d'encourager, de manipuler ou de diriger le groupe vers une solution particulière. Le consultant ne fournit pas d'indications sur ce qu'il pourrait chercher en particulier, ou sur la bonne réponse à donner. Son souci est de créer un contexte qui incite les participants à échanger leurs idées, à préserver la multiplicité des points de vue, plutôt que de vouloir aboutir à une synthèse ou à un consensus. Les différences et les incertitudes sont mises en valeur. Le rôle du consultant est d'initier une conversation qui crée l'opportunité de conversations ultérieures.

Approches comportementales et cognitives

Pour Lewis et al. [33], le programme thérapeutique cognitivo-comportemental repose sur la conception selon laquelle la dichotomie entre modèle médical (par exemple, prédisposition génétique à l'addiction) et modèle systémique (interactions dysfonctionnelles) est inopérante. Le plus important est d'apprécier ce qui est à faire maintenant, en considérant que la famille est un levier d'action utile pour venir en aide aux adolescents affectés par la prise de toxiques. Outre les diverses communautés d'aide aux personnes addictives et à leur apparentés (*voir plus bas*), diverses modalités d'interventions sur les conduites et les cognitions des patients et de leurs proches sont maintenant utilisées. Une approche strictement individuelle peut être appropiée dans les situations où la famille est fortement désengagée, absente ou violente. Sont également proposées des approches multifamiliales (avec la présence des personnes dépendantes et de leurs proches) et des thérapies de réseau [40].

Instruction et formation comportementales des apparentés

Face aux problèmes rencontrés chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, il est apparu particulièrement opportun d'effectuer des changements

comportementaux en agissant sur leur environnement le plus proche. L'intervention porte non sur les interactions directes entre le patient, ses parents, sa fratrie ou son conjoint, mais sur les potentialités comportementales de ces derniers. Ceux-ci présentent, en effet, une ressource thérapeutique continue qui opère à la maison, c'est-à-dire sur le lieu même où les problèmes surgissent. Le professionnel devient un consultant des parents qui servent d'agents de changement comportemental primaire pour leurs propres enfants. Les techniques d'apprentissage comportemental reposent sur le renforcement, le façonnage, la punition, etc., pour contrôler ou modifier le comportement de l'enfant. Trois modèles ont été décrits pour rendre compte des dysfonctionnements familiaux : le modèle dyadique, le modèle élargi aux conditions de vie personnelles et familiales et le modèle étendu aux systèmes sociaux [30]. Si les premiers tendent à identifier des facteurs relativement simples d'influence entre parents et enfants, le modèle étendu aux systèmes sociaux permet de ne pas préjuger de la responsabilité directe de ces facteurs dans les troubles présentés par le patient.

La psycho-éducation familiale consiste à informer le patient et ses proches des caractéristiques du produit, des troubles qu'il génère pour les uns et les autres, de l'aspect multifactoriel de la genèse de la prise de toxique. Elle repose moins sur la recherche des causes personnelles ou relationnelles que sur le développement des habiletés à faire face au trouble. Elle cherche à atténuer le déni et la honte, à accroître la motivation, les liens, l'espoir, et à préparer la famille à parcourir le chemin difficile à venir. Le thérapeute peut proposer des séances multifamiliales permettant de partager les expériences. Il explique la « carte des émotions », en exposant l'idée que les drogues aident à éviter la souffrance émotionnelle. La thérapie de réseau se focalise sur les facteurs sociaux et environnementaux. L'éducation consiste aussi à fournir l'information sur une vie familiale normale ou plus satisfaisante. La personne soumise à la dépendance du toxique peut n'avoir jamais connu une relation parent/enfant équilibrée, une relation de couple harmonieuse ou un usage normal de l'alcool. La famille peut répondre de façon favorable à l'apprentissage des notions fondamentales de frontières, de self, d'intimité, de don et de contre-don, d'engagement.

Thérapies familiales cognitivo-comportementales

Les formes de thérapies conjugales, familiales et sociales se sont diversifiées en tenant compte de multiples facteurs : les caractéristiques de l'addiction, sa reconnaissance ou son déni par le consommateur, ses degrés de motivation à se soigner, le nombre de personnes qui recourent à des addictions dans la famille, la comorbidité, les perturbations interactionnelles, ainsi que les objectifs à atteindre : la recherche de l'abstinence totale ou la recherche d'une diminution de la consommation. Cette dernière alternative est présentée comme une stratégie à court et moyen termes, l'objectif à long terme pouvant être d'aboutir à l'abstinence absolue. Les interventions conjugales, familiales et sociales sont souvent initiées lors d'une hospitalisation, d'une mise en œuvre d'un processus de désintoxication et d'une prise en charge en post-cure. Les thérapeutes cognitivo-comportementaux ont réalisé des protocoles précis et différenciés en fonction des étapes de la prise en charge.

À la suite de Perlmutter, on peut distinguer trois phases dans le traitement familial des addictions [50] :

- initiation du traitement ;
- traitement/réhabilitation primaires ;
- post-cure.

Les thérapeutes travaillent exclusivement avec le conjoint abstinent coopératif pour aider le conjoint alcoolique non coopératif à entrer dans le traitement.

La thérapie familiale unilatérale comporte : une évaluation initiale, l'éducation face au toxique, le renforcement de la relation unilatérale, la neutralisation des vieux comportements contrôlant la prise de toxique, la préparation aux interventions dirigées vers la personne toxico-dépendante (c'est-à-dire confrontation, requête, contrat), le soutien pour le maintien des gains, l'apprentissage de la prévention de la rechute et, lorsque la situation le permet, une aide destinée aux membres de la famille afin qu'ils se désengagent des comportements addictifs du partenaire toxicomane et une gestion des problèmes émotionnels.

Les buts principaux sont le maintien de l'engagement, malgré la dépendance du patient à la drogue, à prendre conscience du coût élevé de cette dépendance pour lui-même et ses proches, à favoriser les conditions qui lui permettent de renoncer à la prise de toxique, le moment où il se sent prêt à la faire. Vis-à-vis des apparentés, il s'agit de les aider à éviter les jugements moralisateurs, les condamnations et les invigurations brutales, les surimplications qui empêchent le patient de se sentir libre de ses décisions, tout en renforçant les attitudes de soutien, de valorisation des activités, partagées ou non, qui permettent de faire des expériences agréables sans avoir recours au toxique. En particulier, lorsque le patient diminue sa consommation, voire l'arrête complètement, il est important que la famille se sente valorisée dans ses projets constructifs et dans sa capacité à faire face à d'éventuelles rechutes.

On peut distinguer deux formes de participation familiale :

- la thérapie multicouples ou multifamiliales permet aux participants de discuter comment la drogue a modifié l'équilibre de la vie familiale ; chaque toxique présente des problèmes spécifiques qu'il s'agit de repérer et de traiter aussi méthodiquement que possible ;

- les approches suivant un axe comportemental, reposant sur la théorie de l'apprentissage social et incluant des actions thérapeutiques fondées sur le conseil, le renforcement, la réciprocité et la coercition ; le toxique est considéré comme un obstacle aux autres renforcements sociaux ; le but thérapeutique est dès lors d'accroître la qualité, la fréquence et la variété de ces renforçateurs de manière à créer une interférence avec le toxique qui en atténue les effets contraignants.

Au bout de deux années d'évolution sans rechute, le traitement peut commencer à s'intéresser à l'intimité du couple ou de la famille, et à se déprendre des étiquettes concernant l'addiction et la codépendance. L'examen des ressources de la relation, en réévaluant les injustices et les rancunes liées au passé, ainsi que la reconstruction de la confiance deviennent alors les points essentiels de la thérapie.

Perspectives éco-étho-anthropologiques des thérapies en couple et en famille

Dans la perspective éco-étho-anthropologique, on considère qu'une grande partie des processus initiés dans la démarche thérapeutique échappe au contrôle volontaire, intentionnel et conscient des membres de la famille et des équipes de thérapeutes. Une telle optique permet d'apprécier la raison pour laquelle le patient et ses proches sont pris dans des processus de méconnaissance, de cécité, de déni des troubles toxicomaniaques et la gravité de leurs conséquences.

De fait, la demande de consultations familiales provient souvent en premier lieu des circuits thérapeutiques, ce qui permet de soulager le toxicomane et sa famille des sentiments de responsabilité et de culpabilité liés à l'hypothèse implicite ou explicite d'une pathogenèse familiale : les thérapeutes peuvent assurer les membres de la famille que les conduites toxicomaniaques ne sont pas à mettre en relation causale, directe ou indirecte avec les interactions familiales, qu'elles apparaissent satisfaisantes ou plus ou moins éloignées d'une norme quel-

conque. Les thérapeutes proposent à la famille de participer à des échanges, pour peu que les conversations soient essentiellement orientées vers la recherche de solutions constructives. Plutôt que de vouloir répondre à la question : « pourquoi c'est arrivé ? », ils orientent l'intérêt vers la question : « comment s'en sortir ? ».

Dans cette perspective, il s'agit de *créer une synergie thérapeutique entre les dispositifs de soins et les potentialités thérapeutiques de la famille*. La thérapie familiale devient une thérapie en couple ou en famille, plutôt qu'une thérapie du couple ou de la famille. L'évocation de l'histoire familiale n'est explorée que si elle ne tombe pas dans l'ornière du « pourquoi », qui conduit souvent à considérer que la genèse des troubles est liée à la constitution même de la famille et qui débouche alors sur des reproches, sur des accusations vis-à-vis de membres présents ou absents, ou encore sur des affirmations de culpabilité personnelle. Il semble que les évocations transgénérationnelles soient davantage envisageables lorsqu'il s'agit d'un parcours de type 1 dans la classification de Cirillo et al., alors qu'elles présentent rapidement un aspect inapproprié ou persécutif lorsqu'il s'agit des parcours de type 2 ou 3.

L'hypothèse sous-jacente à l'amélioration des troubles repose sur l'idée que le dispositif thérapeutique cherche à recréer artificiellement les processus d'accoutumance qui président au renforcement naturel des liens, en lieu et place de l'accoutumance pathologique à la drogue, et à favoriser les expériences liées aux apprentissages par essais et erreurs.

Les *effets pathologiques liés à l'accoutumance au toxique* ne peuvent être directement estompés ou effacés par un apprentissage volontaire. Sur ce plan, l'action thérapeutique consiste à rétablir et à renforcer les processus d'accoutumance aux liens naturels entre le patient et ses proches, de l'inciter à développer les accoutumances artificielles aux contextes structurants (arts, sports, etc.), de manière à rendre l'accoutumance pathologique moins impérieuse et exclusive.

Par ailleurs, il est possible d'inciter les *apprentissages par essais et erreurs* qui favorisent les engagements dans une vie relationnelle et dans l'accomplissement de soi. Il s'agit alors d'éviter progressivement que le patient ne se retrouve dans les contextes propices au recours à l'addiction.

Face aux limitations drastiques imposées par les contraintes tyranniques des comportements addictifs, la démarche thérapeutique consiste à favoriser les contextes assurant le renforcement de la sécurité des personnes et la restauration des liens, en permettant d'augmenter les degrés de liberté personnelle et la possibilité des choix relationnels. Les échanges entre la famille et le thérapeute sont ainsi propices à l'expérience d'*apprentissage d'apprentissages, ou deutéro-apprentissages*, permettant l'accès à l'autonomie : les compétences et les performances de chaque participant se complètent au lieu de s'opposer, en permettant à la fois l'expression des *double binds*, des moments d'incertitude et de confusion, ainsi que l'émergence de prises d'initiatives, sources de créations innovantes.

Lorsque la thérapie est couronnée de succès, elle échappe à l'action velléitaire et à la compréhension des participants aux raisons du changement. Autrement dit, les raisonnements qui relèvent de la « psychologie populaire » et qui nous permettent d'ordinaire de gérer la complexité des relations interpersonnelles, sont inappropriés pour appréhender les mécanismes fins de l'évolution thérapeutique.

Évaluation des résultats

En ce qui concerne la prise en charge en famille des adolescents et des jeunes adultes qui consomment des drogues dures, Liddle et Dakov

(1995) [34] soulignent que différentes modalités d'intervention familiale réduisent de façon significative la consommation de toxiques, améliorent les difficultés comportementales et renforcent l'insertion sociale. Certaines d'études affirment l'existence d'effets plus probants avec le recours aux thérapies familiales, en comparaison avec des psychothérapies non familiales pour les adolescents toxicomanes. Ces études n'ont pas été confirmées par des études plus récentes. En outre, la conjonction de thérapies focalisées sur différents niveaux (pharmacologiques, individuels, familiaux, multifamiliaux, communautaires) semble aboutir à des résultats supérieurs à ceux des thérapies familiales isolées.

L'évaluation des thérapies de l'alcoolisme avec la participation active de la famille repose sur des études plus nombreuses et plus conséquentes [7, 8, 46], dont plusieurs méta-analyses [25, 48, 54].

Edwards et Steinglass (1995) [25] recensent 21 études évaluant l'efficacité de la thérapie familiale comme traitement de l'alcoolisme, études qui ont fait la preuve de l'utilité d'inclure les membres de la famille dans les trois phases du traitement de l'alcoolisme : initiation, traitement primaire/réhabilitation, post-cure. Il semble qu'aucun type singulier d'approche familiale ne soit supérieur aux autres.

Les facteurs qui influencent l'efficacité du traitement d'implication familiale sont :

- le sexe de l'alcoolique : il apparaît que la thérapie familiale donne de meilleurs résultats pour les hommes que pour les femmes alcooliques, en comparaison avec les traitements individuels ;
- l'investissement de la relation : O'Farrell et al. [47] ont montré que le traitement familial n'est pas aussi efficace que le traitement individuel lorsque la satisfaction conjugale est trop basse ; Longabaugh et al. [35] ont découvert que l'investissement de la relation affectait aussi le degré d'efficacité de la thérapie de couple ;
- l'engagement familial dans l'abstinence : Longabaugh et al. [35] ont trouvé que le soutien familial porté à l'abstinence de l'alcoolique était un facteur influençant la qualité du traitement. Steinglass et al. [56] ont individualisé les facteurs aggravants : l'enclassement des comportements dans les routines familiales, les rituels et les stratégies de résolution de problème. Ces facteurs, lorsqu'ils sont pris en compte dans la démarche thérapeutique (exploration du rôle de l'alcool dans la famille avec sa participation globale au traitement), perdent leur valeur d'obstacles au changement, en permettant à la famille de devenir une alliée du processus thérapeutique.

Les 21 études s'étalant de 1972 à 1993 ne permettent pas de préciser les nombreux paramètres qui peuvent influencer le cours de la thérapie : les personnes incluses dans la thérapie, le sexe, le lieu de la thérapie (hospitalière ou ambulatoire), le contexte thérapeutique (thérapie uniconjugale, unifamiliale, multiconjugale, multifamiliale), le nombre et le type de groupes contrôles, le nombre et l'uniformité des séances, les mesures des résultats (comportement alcoolique, satisfaction familiale, interaction familiale), les moyens d'évaluer les résultats (nombre de jours d'abstinence, quantité d'alcool consommée, réduction comparative de l'alcoolisation avant et après traitement).

Plus récemment, plusieurs synthèses de grande envergure ont rendu compte de la grande majorité des travaux consacrés à la question de l'évaluation des thérapies familiales dans le traitement des addictions, selon deux procédures opposées, mais sans doute complémentaires.

La *procédure de la médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine)* où les psychothérapies sont évaluées à partir de l'amélioration de troubles relevant de diagnostics statistiques (DSM-IV, CIM-10), par la comparaison entre cohortes randomisées avec ou sans traitement, avec la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques aussi standardisés et préétablis que possible : Expertise Inserm : Psychothérapie, trois

approches évaluées (2004) [26] ; *What Works for Whom ? A Critical Review of Psychotherapy Research* [52] ; *A Guide to Treatments that Work* [44]. Cette procédure est préférentiellement unidirectionnelle (apport du thérapeute au patient par le recours à l'utilisation d'échelles d'évaluation et de procédures standardisées), et fait abstraction de l'écosystème dans lequel s'inscrit la psychothérapie, des variables liées aux clients et aux intervenants, ainsi que de leurs relations et de leurs interactions.

Globalement, les traitements qui ont fait la preuve de leur efficacité pour faire face à la consommation d'alcool et des autres drogues sont les thérapies comportementales - cognitives, le renforcement communautaire et la gestion des contingences de l'environnement, l'engagement dans les 12 étapes et le traitement par les 12 étapes, les thérapies comportementales de couple et de famille, ainsi que les interventions motivationnelles. La coordination de ces différentes approches semble particulièrement appropriée, et ne saurait faire l'économie du traitement psychopharmacologique (disulfiram, voire baclofène¹ pour l'alcool, Subutex[®] pour les opiacés). Les interventions conjugales se focalisent sur l'amélioration de la relation, la résolution des conflits et problèmes conjugaux, par la prescription d'activités ciblées telles que l'augmentation de l'attention et du soin, la planification de loisirs partagés, l'amélioration des habiletés dans la communication, et le développement de changement comportemental fondé sur les accords partagés. De solides signes confortent la preuve de l'efficacité/efficience de ces traitements [28].

D'une manière générale, ces évaluations n'abordent pas les questions de la comorbidité et des contre-indications de telle ou telle méthode. Comme le soulignent Roth et Fonagy [52] : « nous n'avons pas considéré les études dont l'objectif est d'améliorer les relations en couples et en familles, et dans lesquels aucun des partenaires n'a de présentation psychiatrique, bien que cela relève de la santé mentale ». Toujours selon ces auteurs, en particulier pour l'alcoolisme, les thérapies psychologiques avec protocoles ne semblent pas particulièrement aidantes quand elles sont proposées de manière exclusive : « Cette observation s'applique à la fois pour la TCC (bien qu'elle puisse présenter plus d'intérêt quand elle est effectuée comme partie d'un programme plus large) et à la thérapie psychodynamique. Il existe plutôt une preuve mitigée, hétérogène (*mixed*) du bénéfice de la thérapie en couple. Des confrontations directes entre les programmes des douze étapes et du conseil à propos du toxique versus TCC suggèrent des résultats équivalents.

Globalement, les interventions ayant le plus de réussites semblent celles qui sont directement ciblées sur le comportement d'alcoolisation, et il est frappant de constater que les interventions reposant sur l'usager telles que les programmes en douze étapes apparaissent parfois autant, sinon plus, efficaces que les programmes « professionnels ».

La procédure de la pratique psychologique fondée sur les preuves (*evidence-based psychological practice*), qui évalue l'efficacité thérapeutique à partir des variables participant à la qualité de la relation psychothérapeutique, à l'aune de ce que perçoit, ressent et constate le patient du processus relationnel initié par le thérapeute dans une démarche qui cherche à améliorer le moral, à valoriser et favoriser les ressources, les motivations, à relever les défis correspondant aux aptitudes et aux

attentes du patient : *L'Essence du changement* [23] ; *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* [45].

Dans cette perspective, il s'agit moins de rechercher la meilleure méthode au détriment des autres dans l'absolu, que d'ajuster les attitudes qui se révèlent thérapeutiques dans le processus même de la rencontre clinique. Ce type de recherche explore les facteurs communs aux différentes formes de psychothérapie, et relativise l'importance de la supériorité d'une méthode de psychothérapie par rapport aux autres méthodes.

Sont évalués d'une part les facteurs opérants dans la relation thérapeutique d'une manière générale : l'alliance, la cohésion en thérapie de groupe, l'empathie, le consensus concernant les buts à atteindre, le regard positif et l'affirmation, la congruence/authenticité, le recueil du *feed-back* du patient, la restauration des alliances rompues ; d'autre part ce qui est opérant dans la relation thérapeutique personnelle : le niveau de réactivité/résistance, les étapes du changement, les préférences, la culture, le style de débrouillardise (*coping*), les attentes, la forme d'attachement, les attentes, la religion et la spiritualité [45].

L'alliance a pu être conceptualisée comme une allégeance, une alliance intrafamiliale, ou un sens partagé de finalités communes. Une partie complexe du processus, cette entité du « nous » ne se réfère pas seulement à une volonté de collaborer au traitement, mais aussi à un lien émotionnel fort entre et parmi les membres de la famille. En d'autres termes, l'alliance intrafamiliale a plus à faire avec les pensées des membres de la famille, leurs sentiments et comportements réciproques que l'alliance qui s'instaure entre un thérapeute et une personne qui consulte isolément. En effet, les alliances se développent simultanément à un niveau individuel (soi avec thérapeute) et à un niveau groupal (groupe avec thérapeute). De même qu'en thérapie individuelle, les alliances dans les thérapies en couple et en famille (TCF) impliquent la création d'un lien émotionnel fort aussi bien pour la négociation des buts que pour l'accomplissement des tâches avec le thérapeute. Une caractéristique singulière de la TCF, pourtant, est qu'en chaque élément singulier du processus thérapeutique il existe de multiples alliances qui interagissent de manière systémique.

Un aspect important des alliances en TCF est le degré de sécurité et de confort ressenti par les membres de la famille dans le contexte thérapeutique. Quand les alliances sont « clivées », au moins un membre de la famille développe un lien plus fort avec le thérapeute que ne le font les autres membres. Dans les thérapies en couple et en famille, les alliances clivées surgissent fréquemment et varient en sévérité. Les découvertes méta-analytiques soulignent la nécessité de développer des alliances avec tous les membres de la famille. Une approche pour développer des alliances multiples est d'établir des objectifs systémiques globaux [29].

Dans cette perspective, une démarche essentielle est de recueillir le *feed-back* de tous les membres de la famille, tout au long du processus thérapeutique [53]. Pour Mee-Lee et al. [38], le meilleur moyen d'améliorer le maintien en thérapie consiste à mettre en œuvre, très tôt dans le traitement, un suivi du client au sujet des progrès réalisés et de la relation thérapeutique par le recueil et la prise en compte des *feed-back* des clients. Il s'agit moins alors de suivre une procédure définitivement fixée à l'avance que de développer les degrés de liberté et de créativité qui résultent de l'apprentissage réciproque des membres de la famille et des thérapeutes, sans essayer d'organiser, de systématiser ou de contrôler le déroulement du processus.

Il s'avère par ailleurs que les thérapeutes qui obtiennent les meilleurs résultats sont ceux qui sont à même de recueillir le plus tôt possible les observations critiques ou négatives de la part de leurs clients et de modifier leurs manières d'intervenir, autrement dit d'être en apprentissage en temps réel tout au long du processus thérapeutique [43].

1. Le cas du baclofène est édifiant. Ses vertus thérapeutiques sur le *craving* ont été découvertes par Ameisen en 2004 [2] pour traiter avec succès son propre alcoolisme, et font l'objet d'une recherche intensive pour valider scientifiquement ses effets par de Beaupaire (2013) [22]. De ce fait, il ne pouvait pas être recensé dans les trois ouvrages ici mentionnés, alors même qu'il était connu depuis les années 1960 pour ses propriétés myorelaxantes. Ceci montre que les meilleures méta-analyses nous offrent un état des lieux à un instant t, état des lieux qui ne saurait être gravé dans le marbre. Il y a fort à parier que l'évaluation comparative des différentes formes de psychothérapie n'échappe pas à cet état de fait.

Conclusion

La participation active de la famille à des consultations en présence d'un patient toxicomane se révèle bien souvent opérer comme une aide spécifique pour la mise en œuvre d'un projet psychothérapique. Il existe désormais des formes très diverses d'intervention, qu'il s'agisse de thérapies familiales à la demande des professionnels et des familles, de thérapies multifamiliales, de psychoéducation familiale, d'association de la famille au projet thérapeutique, de psychothérapie en présence des proches.

Si les objectifs à court et moyen termes sont de prévenir les risques vitaux immédiats, de soulager la détresse et l'anxiété, d'atténuer la violence, de diminuer le recours à l'activité addictive, l'objectif à long terme pourrait être, dans un certain nombre de cas, d'arriver au sevrage complet. Les méthodes pour y parvenir diffèrent selon les orientations thérapeutiques. Les thérapies systémiques tiennent compte de la fonction homéostatique de la dépendance au toxique, décrivent la singularité du symptôme dans sa dimension de survie, cherchent à améliorer les communications familiales et à favoriser les capacités autocuratives de la famille, par la découverte de nouvelles manières de se différencier, de réfléchir et d'échanger. Les thérapies familiales comportementales et cognitives proposent dans un premier temps une information au patient et à ses proches, utilisent des échelles d'évaluation, développent un entraînement à faire face aux troubles, renforcent les attitudes qui permettent un dégage-ment de la dépendance, favorisent l'expérience de nouvelles habiletés sociales et de nouveaux schèmes de pensée. Ces différentes modalités d'intervention peuvent s'articuler et se compléter, voire déboucher sur l'expérience de deutéro-apprentissages partagés permettant l'accès à l'autonomie.

L'alliance thérapeutique repose sur le respect des personnes et de leurs modes de fonctionnement, sur l'évitement de la culpabilisation, de la stigmatisation et des reproches. La performance thérapeutique s'accroît lorsque les thérapies familiales reposent sur des apprentissages réciproques entre membres de la famille et thérapeutes, et qu'elles s'inscrivent dans une démarche multifocale d'intervention et de soin. Il faut souligner la nécessité de l'hospitalisation en cas de risques vitaux imminents, l'intérêt de la participation à des groupes de solidarité, du recours conjoint à des traitements substitutifs (méthadone pour l'héroïne), dissuasifs (disulfirame pour l'alcool), curatifs (baclofène pour l'alcool) ou psychotropes lorsqu'il existe une comorbidité (antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques selon les cas).

Quelles que soient les options thérapeutiques envisagées, la prise en considération des contextes familiaux et sociaux est une école de la modestie et de l'humilité. En reconnaissant leurs propres défaillances, en les faisant partager aux personnes qui consultent, les thérapeutes familiaux en viennent à aider celles-ci à trouver leurs propres voies à la prise d'autonomie et au développement de la solidarité. En identifiant leurs propres limites, en acceptant la pertinence d'autres approches, ils participent d'un processus de cothérapie élargie dont tous les membres de la famille impliqués dans les affres de l'addiction sont à même de tirer profit.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACKERMAN NW. Treating the troubled family. New York, Basic Books, 1966.
2. AMEISEN O. Le dernier verre. Paris, Denoël, 2008.
3. ANDERSON H. Opening the door for change through continuing conversations. In : TC TODD, MD SELEKMAN. Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston/London, Allyn and Bacon, 1991 : 176-189.
4. ANDERSON H, GOOLISHIAN HA. Les systèmes humains comme systèmes linguistiques : implications pour une théorie clinique, 1988. In : Constructivisme et constructionnisme social : aux limites de la

systémique ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, DeBoeck Université, 1997, 19 : 99-132.

5. ANGEL P, ANGEL S. Les toxicomanes et leurs familles. Paris, Armand Colin, 2002.
6. ANGEL P, DURIEZ N, ANGEL S. Addictions. In : P ANGEL, P MAZET. Guérir les souffrances familiales. Paris, PUF, 2004 : 427-463.
7. AZRIN NH. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. Behavior Research and Therapy, 1976, 14 : 339-348.
8. AZRIN NH, SISSON RW, MEYERS R, GODLEY M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. J Behav Ther Exp Psychiatry, 1982, 13 : 105-112.
9. BANDURA A. Self-efficacy : toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev, 1977, 84 : 191-215.
10. BARNES H, OLSON RH. Parent-adolescent communication. In : DH OLSON, HI MCCUBBIN, H BARNES et al. Family inventories. St Paul, University of Minnesota, 1982.
11. BATESON G. La cybernétique du « soi » : une théorie de l'alcoolisme, 1971. In : Vers une écologie de l'esprit, tome 1, Paris, Le Seuil, 1977 : 225-252.
12. BATESON G. Mind and nature. A Necessary unity. Toronto, Bantam Books, 1979.
13. BATESON G. Vers une écologie de l'esprit, 1972. Paris, Le Seuil, 1977-1980.
14. BECK AT, WRIGHT FD, NEWMAN CF, LIESE BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York, Guilford Press, 1993.
15. BERG IK, GALLAGHER D. Solution focused brief treatment with adolescent substance abusers. In : TC TODD, MD SELEKMAN. Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston/London, Allyn and Bacon, 1991 : 93-111.
16. BERNAL G, FLORES-ORTIZ Y. Contextual family therapy with adolescent drug abusers. In : TC TODD, MD SELEKMAN. Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston/London, Allyn and Bacon, 1991 : 70-92.
17. CHABOT DR, MATTEIS MC. Adolescent substance abuse. A systemic intergenerational approach. In : TC TODD, MD SELEKMAN. Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston/London, Allyn and Bacon, 1991 : 112-133.
18. CIRILLO S, BERRINI R, CAMBIASO G, MAZZA R. Famille et toxicomanie : un modèle étiopathogénétique relationnel de la dépendance à l'héroïne chez les hommes, 1993. In : M VANOTTI, M CÉLIS-GÉNART. Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité. Genève, Médecine et Hygiène, 1997 : 141-160.
19. CIRILLO S, BERRINI R, CAMBIASO G, MAZZA R. La famille du toxicomane. Paris, ESF, 1997.
20. CONGER RD, McLEOD D. Describing behavior in small groups with the datamyte recorder. Behav Res Methods Instrumentation, 1977, 9 : 418-424.
21. CROMWELL R, KVEBAEK D, FOURNIER D. The Kvebaek family technique : a diagnostic and research tool in family therapy. Jonesboro, Pilgrimage, 1980.
22. DE BEAUREPAIRE R. Vérités et mensonges sur le Baclofène. La guérison de l'alcoolisme. Entretiens avec Claude Servan-Schreiber. Paris, Albin Michel, 2013.
23. DUNCAN BL, MILLER SD, WAMPOLD BE, HUBBLE MA. L'essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies. Bruxelles, De Boeck, 2012.
24. DURRANT M, COLES D. Michael White's cybernetic approach. In : TC TODD, MD SELEKMAN. Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston/London, Allyn and Bacon, 1991 : 137-175.
25. EDWARDS ME, STEINGLASS P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. J Marital Family Ther, 1995, 4, 1995 : 475-509.
26. Expertise collective INSERM : Psychothérapie. Trois approches évaluées. Paris, Les éditions Inserm, 2004.
27. FELDMAN L. Mimeographed paper ». In : Family problems assessment/family strengths assessment. Chicago, Chicago Family Institute, 1982.
28. FINNEY JW, WILBOURNE PL, MOOS RH. Psychosocial Treatments for Substance Disorders. In : PE NATHAN, JM GORMAN J. A Guide

- to Treatments that Work. Third Edition. New York, Oxford University Press, 2007 : 179-202.
29. FRIEDLANDER ML, ESCUDERO V, HEATHERINGTON L, DIAMOND GM. Alliance in Couple and Family Therapy. *In* : JC NORCROSS (Editor). Psychotherapy Relationships that Work. Evidence - Base Responsiveness. New York, Oxford University Press, 2011 : 92-109.
 30. GORDON SB, DAVIDSON N. Behavioral parent training. *In* : AS GURMAN, DP KNISKERN. Handbook of family therapy. New York, Brunner-Mazel, 1981 : 517-555.
 31. LEWIS RA. The Dyadic formation inventory : an instrument for measuring heterosexual couple development. *Int J Sociol Family*, 1973 : 207-216.
 32. LEWIS RA, FILSINGER EE, CONGER RD, McAVOY P. Love relationships among heroin-involved couples : traditional self-report and behavioral assessment. *In* : EE FILSINGER, RA LEWIS. Assessing marriage : new behavioral approaches. Beverly Hills, Sage Publishing, 1981.
 33. LEWIS RA, PIERCY FP, SPRENKLE DH, TREPPER TS. The purdue brief family therapy model for adolescent substance abusers. *In* : TC TODD, MD SELEKMAN. Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston/London, Allyn and Bacon, 1991 : 29-48.
 34. LITTLE HA, DAKOV GA. Efficacy of family therapy for drug abuse : promising but not definitive. *J Marital Family Therapy*, 1995, 4, 1995 : 511-543.
 35. LONGABAUGH R, WIRTZ PW, BEATTIE MC et al. Matching treatment focus to patient social investment and support : 18-month follow-up results. *J Consult Clin Psychol*, 1995, 63 : 296-307.
 36. LORENZ K. L'envers du miroir, 1973. Paris, Champs-Flammarion, 1975.
 37. LUSSARDI DJ, MILLER D. A reflecting team approach to adolescent substance abuse. *In* : TC TODD, MD SELEKMAN. Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston/London, Allyn and Bacon, 1991 : 226-240.
 38. MEE-LEE D, McLELLAN AT, MILLER SD : Ce qui fonctionne dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie et de l'addiction. *In* : BL DUNCAN, SD MILLER, BE WAMPOLD., MA HUBBLE. L'essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies. Bruxelles, De Boeck, 2012 : 440-475.
 39. MIERMONT J. L'homme autonome. Paris, Hermès, 1995.
 40. MIERMONT J. Psychothérapies contemporaines. Paris, L'Harmattan, 2000.
 41. MIERMONT J. Thérapies familiales et psychiatrie. Paris, Doin, 2004.
 42. MIERMONT J. Écologie des liens. 3ème édition. Paris, L'Harmattan, 2012.
 43. MILLER SD, HUBBLE MA, DUNCAN BL, WAMPOLD BE. Utiliser ce qui fonctionne. *In* : BL DUNCAN, SD MILLER, BE WAMPOLD, MA HUBBLE. L'essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies. Bruxelles, De Boeck, 2012 : 479-488.
 44. NATHAN PE, GORMAN JM : A Guide to Treatments that Work. Third Edition. New York, Oxford University Press, 2007.
 45. NORCROSS JC. Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness. New York, Oxford University Press, 2011.
 46. O'FARRELL TJ. Marital and family therapy in alcoholism treatment. *J Subst Abuse Treatment*, 1989, 6 : 23-29.
 47. O'FARRELL TJ, CUTTER HSG, CHOQUETTE KA et al. Behavioral marital therapy for male alcoholics : marital and drinking adjustments during the two years after treatment. *Behav Ther*, 1992, 23 : 529-549.
 48. O'FARRELL TJ, FALS-STEWART W. Family-involved alcoholism treatment. An update. *In* : K GALANTER. Recent developments in alcoholism, vol. 15 : Services research in the era of managed care. New York, Academic/Plenum Publishers, 2001 : 329-356.
 49. OLSON DH, RUSSELL CS, SPRENKLE DH. Circumplex model of marital and family systems II : empirical studies and clinical intervention. *In* : J VINCENT. Advances in family intervention, assessment and theory. Greenwich, JAI Press, 1979.
 50. PERLMUTTER RA. Substance-related disorders. *In* : A family approach to psychiatric disorders. Washington, American Psychiatric Press, 1996.
 51. SELVINI PALAZZOLI M, BOSCOLO L, CECCHIN G, PRATA G (1976). Paradoxe et contre-paradoxe. Un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique. ESF, Paris, 1980.
 52. ROTH A, FONAGY P. What Works for Whom ? A Critical Review of Psychotherapy Research. Second Edition. New York, London, The Guilford Press, 2005.
 53. SPARKS JA, DUNCAN BL. Les facteurs communs dans la thérapie de couple et familiale : tout le monde a-t-il gagné ? *In* : BL DUNCAN, SD MILLER, BE WAMPOLD, MA HUBBLE. L'essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies. Bruxelles, De Boeck, 2012 : 411-448.
 54. STANTON MD, SHADISH WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse : a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull*, 1997, 122 : 170-191.
 55. STANTON MD, TODD TC et al. The family therapy of drug abuse and addiction. New York, Guilford Press, 1982.
 56. STEINGLASS P, BENNETT L, WLON S, REISS D. The alcoholic family. New York, Basic Books, 1987.
 57. VINCENT JD. Biologie des passions. Paris, Odile Jacob, 1986.
 58. VON FOERSTER H. Anacrouse. *In* : M ELKAÏM, C SLUZKI. Auto-référence et thérapie familiale. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1988, 9 : 21-24.
 59. WATZLAWICK P, HELMICK-BEAVIN J, JACKSON DD. Une logique de la communication. Paris, Le Seuil, 1972.
 60. ZIMMERMAN JL, DICKERSON VC. Les narrations en psychothérapie et le travail de Michael White. *In* : M ELKAÏM. Panorama des thérapies familiales. Paris, Le Seuil, 1995 : 533-554.