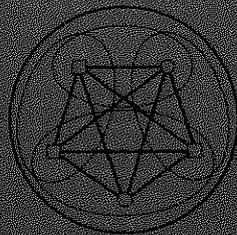


THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



m+h Genève

Vol. III - 1982 - No 3

Comité de rédaction : Guy AUSLOOS, Lausanne — Jean-Claude BENOIT, Paris — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — Jean-Jacques EISENRING, Genève — Jacqueline PRUD'HOMME, Montréal.

Comité scientifique : C. BRODEUR, Montréal, Ph. CAILLE, Oslo, M. DEMANGEAT, Bordeaux, A. DESTANDAU, Menton, J. DUSS-von WERDT, Zürich, P. FONTAINE, Bruxelles, L. KAUFMANN, Lausanne, J. KELLERHALS, Genève, S. LEBOVICI, Paris, J.-G. LEMAIRE, Versailles, D. MASSON, Lausanne, A. MENTHONNEX, Genève, † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer, R. NEUBURGER, Paris, Y. PELICIER, Paris, R.P. PERRONE, St Etienne, F.X. PINA PRATA, Lisbonne, + J. RUDRAUF, Paris, P. SEGOND, Vaucresson, J. SUTTER, Marseille, M. WAJEMAN, Paris, P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à

Dr J.-J. Eisenring
Hôpital psychiatrique
CH — 1633 Marsens

Administration et abonnements : Médecine et Hygiène
Case postale 229
CH 1211 Genève 4 (Suisse)

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène :

- Compte de chèques postaux : 12-8677, Genève.
- Société de Banque Suisse, 1211 Genève 6 —
Compte No C2 622 803.
- Banque de l'Union Occidentale, 47 av. George V, 75008 Paris —
Compte No 1251-10532-40
(Les chèques bancaires libellés en francs français sont admis)

Prix de l'abonnement annuel :

Abonnements individuels :	SFR. 55.—	FF. 150.—
Bibliothèques et abonnements collectifs :	SFR. 65.—	FF. 175.—

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1982 by Thérapie Familiale, Geneva, Switzerland. Edité en Suisse.

EDITORIAL

Alcoolisme et toxicomanies intéressent l'individu, la famille, la société. Et ce n'est sans doute pas le moindre paradoxe que de constater que les écrits systémiques s'y rapportant soient relativement rares si on les compare à ceux qui traitent de psychose et d'anorexie : n'est-ce pas là un champ où l'approche des systèmes en interaction devrait s'imposer au premier chef puisque précisément tant de sous-systèmes sont intriqués ?

Pour tenter d'éclairer cette situation paradoxale, voyons d'abord ce qu'on peut en dire en considérant les sous-systèmes concernés. Deux patterns me semblent ressortir de plus en plus clairement : celui du "défi" et celui du "tout ou rien". Défi de l'individu à la bouteille ou à la drogue, défis multiples dans le couple ou entre les autres membres de la famille, défi de et à la société, mais surtout, en ce qui nous concerne défi à tout thérapeute qui se présenterait comme acceptant de relever le gant et défi de certains thérapeutes qui prétendraient réussir là où les autres ont échoué.

Conséquence logique du défi, le "tout ou rien" : abstinence ou ivresse, demande d'aide ou refus, dépendance manipulatrice ou splendide isolement, réussite ou échec. Deux patterns qui ont de quoi décourager bien des thérapeutes et particulièrement ceux qui ont besoin de se justifier par la reconnaissance ou au moins la "guérison" de ceux qu'ils assistent, en un mot "les sauveurs".

Alcooliques et toxicomanes n'ont pas besoin de "sauveurs", mais de partenaires, qui soient suffisamment fins pour ne pas tomber dans les pièges du défi, suffisamment assurés pour ne pas se laisser submerger par l'angoisse suffisamment respectueux pour dépister qualités et compétences, et de tels thérapeutes ne sont pas légion.

Mais sans doute n'est-ce pas là la seule raison qui explique le peu d'intérêt porté jusqu'à maintenant à ce type de thérapie, tant il est vrai que l'on peut espérer que la majorité des thérapeutes systémiques sont suffisamment bien formés (!) pour avoir abandonné l'ubris qui risquait de faire d'eux des thérapeutes tant puissants.

Drogue et alcool posent un autre problème dans la mesure où leur ingestion n'est jamais vraiment solitaire et implique toujours un grand nombre de sous-systèmes. Vendeurs, consommateurs, milieu, entourage, agents sociaux, justice . . . se croisent et se recroisent dans un ballet qui décourage le thérapeute le plus expérimenté.

Témoin cette famille avec un père alcoolique grave suivi somatiquement à l'hôpital général et socialement par un centre de traitement, une mère dépressive en traitement psychiatrique, un fils délinquant et toxicomane placé en institution après plusieurs années de traitement individuel et une fille en traitement logopédique. En tout neuf personnes et sept services s'occupaient de la famille, sans compter la justice et les gérances de dettes.

Avec quel système fallait-il travailler ? Avec la famille ou le couple parental, avec les autres intervenants ou sans, ou bien fallait-il faire le saut et travailler avec le réseau ? Nous avons choisi de réunir d'abord les intervenants afin de décider qui ferait quoi et de travailler ensuite avec la famille. Cette solution ponctuait arbitrairement que la famille était principalement en cause mais n'importe quel choix de système eût été arbitraire à moins d'avoir tenté de les impliquer tous, ce qui apparaissait impossible.

Travailler avec de tels systèmes n'est pas simple : ce qui est certain c'est qu'il faut plus que jamais ne pas s'enfermer dans une relation linéaire et causaliste simple où on déciderait "où est vraiment le problème".

Ce numéro veut apporter de premiers éléments de réponse, mais j'ose espérer qu'il ne sera qu'un point de départ. Il n'a pas été facile de réunir les articles qui le constituent et nous devons à la patience de Bella Borwick et de Jean-Paul Roussaux, qui ont accepté d'attendre plus d'un an avant que leur texte soit publié, de pouvoir présenter ce premier numéro à thème.

C'était un projet que nous caressions depuis les débuts de la Revue. D'autres numéros centrés sur un thème sont en préparation : thérapie familiale et psychose, maladies psychosomatiques, prise en charge institutionnelle . . . Si vous avez une expérience dans ces domaines, envoyez-nous vos textes. Des articles courts et cliniques seraient particulièrement bienvenus.

On peut se réjouir en constatant l'importance que prend l'approche systémique dans les interventions psycho-sociales. Le sérieux des formations mises en place et le désir d'approfondissement de ceux qui se forment sont là pour l'attester. L'approche systémique n'apparaît plus comme une mode, un feu de paille, mais comme un mouvement plus profond qui prend chaque jour une place plus importante.

La Revue a souhaité d'emblée contribuer à sa diffusion en étant un lieu de parole où le plus grand nombre puisse s'exprimer, un lien entre tous ceux qui sont concernés par la pratique de la thérapie familiale, un recueil d'informations utiles. Cette option a parfois suscité des critiques

sur la qualité formelle de certains articles. Il eût certes été plus facile pour le Comité de rédaction de remplir les numéros par des traductions d'articles étrangers.

Notre choix reste différent dans la mesure où nous souhaitons que chacun puisse s'y retrouver, tant le travailleur social que le psychiatre ou le psychologue. Notre souhait serait aussi que chacun y apporte sa contribution même si sa formation antérieure ne l'a pas préparé à s'exprimer dans la forme des conventions académiques.

Pour faire le lien avec le thème de ce numéro, je dirais que la revue n'a pas tant besoin de "sauveurs" qui expliquent comment ils ont tout compris (ou mis en doute), mais de partenaires qui acceptent de partager leurs vécus, leurs expériences, leurs interrogations, leurs réflexions, leurs échecs même. C'est à ce prix qu'elle pourra prétendre à représenter vraiment un courant de pensée centré sur le système et les interactions entre ses membres.

Guy Ausloos

**POUR DES RAISONS TECHNIQUES
IL NE NOUS EST PAS POSSIBLE DE FAIRE
PARAITRE DANS CE NUMERO L'ARTICLE SUIVANT :**

Fonction familiale de l'alcoolisme

L. Cassiers

IL PARAITRA DANS LE PROCHAIN NUMERO ; AVEC NOS REGRETS

LA REDACTION

CONSULTATIONS PREMILINAIRES DANS LE TRAITEMENT DE L'ALCOOLIQUE

Bella BORWICK¹

L'approche de l'excès de boisson alcoolique dans le cadre d'une dynamique familiale n'est pas une idée neuve. Une abondante littérature propose déjà des hypothèses théoriques sur les femmes alcooliques, et la façon dont leurs relations de couple s'accrochent avec cet excès. Il est reconnu que les associations de non-alcooliques comme "ALANON" ainsi que des entretiens avec le conjoint non alcoolique, sont des interventions utiles dans le traitement psychiatrique des patients alcooliques.

Par contre il est moins fréquent d'aborder la compréhension de ces abus de boisson par une étude portant sur plusieurs générations ; l'analyse, à partir de deux à trois générations ou plus, de ce qui a engendré le patient alcoolique et son évolution, nous entraîne à reformuler les questions :

— quel est le rôle spécifique joué par la boisson ?

— que soutient-elle ? Et que protège-t-elle ? Ce qui nous impose de reconsidérer notre attitude restreinte ou spécifique propre avec les patients alcooliques lors de la consultations. Par exemple, cette difficulté d'établir une relation avec le patient, le caractère imprévisible de celle-ci qui peut varier de la résolution euphorique au refus furieux voire confus, une oscillation permanente entre l'échec et la mise en échec . . .

Ce comportement évasif et cahotique prend une autre signification lorsqu'on aborde la famille du patient dans un contexte élargi.

Nous décrivons ci-dessous une méthode d'intervention dans ce contexte élargi, méthode qui s'avère particulièrement efficace avant le début d'une cure de désintoxication, mais qui peut être aussi utilisée à d'autres moments en y apportant certaines modifications. Cette méthode peut servir pour d'autres abus, dont celui de la drogue.

¹ Thérapeute familiale, Centre de Guidance U.C.L. — 30, Clos Chapelle-aux-Champs, 1200 Bruxelles (B). Texte rédigé en anglais, traduit par le Dr M. Merely.

Au cours de ces dernières années nous avons adopté ce type d'intervention à différents niveaux, dans une bonne vingtaine de cas. Nous donnons ici les résultats de certains d'entre eux suivis ces deux dernières années (nous ne parlons pas des familles suivies en consultation depuis huit mois et moins car les résultats ne sont pas encore fiables).

1. Deux ont recommencé à boire (un homme et une femme) mais de façon modérée et ne sont plus considérés comme des buveurs posant des problèmes. Leur travail, leur santé, leur vie familiale sont équilibrés.
2. Une patiente est morte de cancer un an et demi après la désintoxication et un an après l'arrêt de la thérapie.
3. Six familles (une femme et cinq hommes) semblent ne plus avoir de problèmes dont deux sont des réussites spectaculaires.

Dans les neuf familles décrites, deux hommes étaient traités pour cirrhose du foie, trois pour des problèmes de tension artérielle dangereusement élevée. Sept parmi ces neuf étaient soit de poids excessifs ou au contraire d'une extrême maigreur. Tous avaient entre trente-trois et cinquante-sept ans, d'une intelligence apparemment au-dessus de la moyenne, et buvaient depuis plus de 10 ans.

Ce que nous espérons décrire ici devrait être considéré comme une manière de réfléchir et de comprendre plutôt que comme un modèle d'intervention figé. Notre mode de réflexion est systémique et nos stratégies d'intervention servent à la fois à vérifier nos hypothèses et à introduire le changement.

Je souhaite ajouter ici combien j'ai été aidée par un travail d'équipe et à quel point j'ai compris les alcooliques et les systèmes qui les prennent en charge depuis le début d'un travail en collaboration avec les docteurs Jean-Paul Roussaux et Marc Derely (Centre Chapelle-aux-Champs, Pr. L. Cassiers).

Types d'alcoolisme considérés

Pour ce travail (et également par intérêt clinique), nous diviserons les problèmes "d'alcoolisme familiaux" en deux grandes catégories.

La première catégorie comprend les personnes habituées à boire depuis peu de temps mais dont le problème de boisson n'est pas un phénomène permanent ou essentiel.

Dans la seconde catégorie, le médecin traitant, le milieu de travail ou la famille ont reconnu l'alcoolisme comme un symptôme établi.

La première catégorie comprend ce type de patient étiqueté "alcoolique" mais ne consommant en fait que des quantités généralement raisonnables d'alcool. La plainte, dans ce cas, porte d'habitude sur divers conflits familiaux ou de couple attribués, pour défense, à l'"alcoolisme" du patient désigné.

Ces familles peuvent être traitées par différentes approches thérapeutiques, y compris les thérapies familiales ou de couple. Les thérapeutes accordent une attention particulière aux excès de boisson relatés mais ils ne se concentrent pas sur cela comme étant l'objectif du traitement.

Dans la seconde catégorie, l'alcoolisme est un facteur important dans l'organisation de la vie familiale et professionnelle de l'individu. On retrouve alors de façon quasi prévisible des problèmes d'alcoolisme dans les ascendants de la personne ou de son conjoint. Quelle que soit la forme qu'a prise cette habitude de boisson, il survient chez ces personnes reconnues comme alcooliques une dégradation de leur santé, de leur vie professionnelle, de leur vie familiale ou des trois à la fois.

Le modèle d'intervention que nous décrivons ci-dessous se rapporte à des patients de la seconde catégorie.

Choix d'un modèle d'intervention

Le type d'intervention que nous avons choisi consiste à isoler ce que nous appellerions un "temps préliminaire" au traitement de l'alcoolisme lui-même.

Le but que nous poursuivons pendant cette période est de créer un contexte dans lequel il deviendrait possible pour l'alcoolique de s'arrêter de boire, sans cependant prétendre aborder sérieusement et moins encore résoudre les problèmes sous-jacents.

En effet, tenter de résoudre ces problèmes latents alors que se poursuit l'intempérance renforce souvent l'état alcoolique et s'avère la plupart du temps inutile. D'autre part considérer l'arrêt de la boisson comme le but principal de la thérapie en oubliant les problèmes familiaux du moment aboutit le plus souvent à des rechutes ou a un déplacement de symptôme sur un enfant ou un autre membre de la famille. C'est pourquoi il est utile de séparer cette phase préliminaire, dont le but est d'encourager les personnes concernées à travailler vers un état de sobriété, de la seconde phase "de guérison".

Cette phase préliminaire du traitement peut se réaliser en trois à huit consultations pendant une période de six à dix semaines. Ceci n'est pas une règle stricte. Cependant nous avons découvert que, à laisser "les choses aller", on risque très fort de tomber dans le "jeu" de l'alcoolique et de sa famille.

Il nous a donc semblé utile "d'interrompre" après une première période d'entretiens sur le prétexte que la famille entière n'est pas prête à "ce moment". Ce manque de préparation peut être formulé positivement, "l'interruption" peut être conseillée et un rendez-vous ultérieur peut être donné, même après plusieurs mois. Mieux vaut ne pas annoncer qu'on est disponible si le besoin se fait sentir, parce qu'il s'agit là d'un message analogique à leur échec présent et avenir pour résoudre leurs problèmes. Nous préférons formuler l'interruption comme une option prise vers la solution du problème (bien que nous ne devons pas être d'accord avec cette option). Il est primordial de transmettre l'idée que la famille et le système thérapeutique sont capables d'agir simultanément, et que l'équipe thérapeutique est capable d'établir des limites tout en acceptant en même temps les choix de la famille.

Les séries de consultations préliminaires sont basées sur l'hypothèse suivante :

1. L'Épistémologie de l'alcoolique est entrelacée dans les relations de l'alcoolique et de sa famille ainsi que des personnes extérieures à son système familial.
2. L'alcoolique est un homme qui n'a pas réussi à se faire reconnaître comme individu dans sa famille d'origine ou dans sa famille actuelle. Le fait de boire l'aide à avoir l'autonomie qu'il n'a pas atteint. En "épousant" sa bouteille, la personne qui abuse de l'alcool ne doit plus faire attention à ce qui ne va pas dans son "autre mariage" ou pourquoi il/elle n'est pas libre de se marier.
3. D'une certaine manière, l'alcoolisme "rétablit" l'équilibre et permet aux systèmes (particulièrement sa famille) de s'articuler autour du symptôme.
4. Quand cette organisation est menacée, il peut y avoir un "appel à l'aide", le plus souvent par quelqu'un d'autre que l'alcoolique.
5. Si la demande provient d'un médecin, à cause des symptômes physiques, on peut rencontrer une résistance plus grande de la famille que lorsque c'est un de ses propres membres qui en fait la demande.

L'employeur faisant partie des systèmes extérieurs à la famille, a le plus d'impact pour inciter ou motiver les alcooliques à suivre un traitement.

6. Après avoir demandé de l'aide, les alcooliques généralement s'effacent rapidement, disparaissent ou recommencent à boire.

7. L'intervention thérapeutique aura plus de chance de succès s'il y a une personne dans la famille ou proche de l'individu qui a suffisamment d'imagination pour rester relativement indépendante de la famille ou du système. Les interventions thérapeutiques auront plus de chance de succès s'il y a une demande de la part de l'alcoolique ou de l'un de ses proches.
8. Les familles d'alcooliques chroniques, bien qu'elles supportent le symptôme par leur comportement, sont très souvent irritées par l'alcoolique qui ne les a que trop souvent embarrassées, humiliées, déçues ou trahies. Confrontées à ce comportement lors d'une consultation familiale, il est typique qu'elles trouvent très peu de choses à dire (spécialement les enfants) ou qu'elles se lancent dans un "combat rituel" connu de tous et leur permettant de se sentir en sécurité, ou qu'elles essayent de dissimuler leurs irritations sous des manifestations d'intimité, ou encore qu'elles se lancent parfois dans une attaque potentiellement destructive de l'alcoolique.

Le maintien des distances et le contrôle permanent des thérapeutes sur la séance sont indispensables pour que le système crée une ambiance de travail où chacun se sente relativement en sécurité.

Description : Les consultations préliminaires

Les consultations ont pour tâche :

1. de préparer de manière appropriée l'alcoolique et sa famille.
2. de créer un environnement pouvant soutenir la personne qui tente d'arrêter de boire.
3. d'évaluer le degré de préparation des patients qui expriment le désir d'une désintoxication.

Les consultations peuvent efficacement apporter des changements dans l'organisation des symptômes en dehors de la présence de l'alcoolique, mais il est préférable que l'alcoolique et son épouse soient tous les deux présents. En dehors de celui-ci, la personne qui fait une demande d'intervention sera considérée comme le patient identifié pour la consultation initiale et cela jusqu'à ce que l'on ait une raison de changer. Celle-ci peut être l'épouse, un parent, l'employeur, un ami, un enfant, tant que cette personne a une importance significative pour la famille. S'il s'agit d'un médecin traitant, il est peut être utile en

identifiant qui (parmi la famille ou le système plus vaste) est le plus concerné s'il ne s'avère pas utile de travailler directement avec le patient à ce moment-là. D'après notre expérience, la procédure la plus efficace fut de concentrer notre intervention sur le ou les membres de la famille les plus motivés ou les plus imaginatifs.

Ceux-ci disposent ainsi de plus de ressources pour modifier leurs propres fonctionnements (Murray Bowen) : "Quand il est possible de modifier le système des relations familiales le comportement de l'alcoolique s'améliore même si celui-ci ne fait pas partie de la thérapie".

Si le premier contact a été surpris par quelqu'un d'autre que l'alcoolique, on peut suggérer de faire venir à la consultation d'autres personnes importantes ou intéressées.

Si leurs présences s'avéraient anti-thérapeutiques, parce qu'elles sont trop jeunes, parce qu'elles agissent dans un but intéressé, ou encore parce qu'elles ont peu d'influence sur la famille de l'alcoolique, elles peuvent être exclues des consultations suivantes après que leurs apports aient été dûment notés et reconnus.

Dans le cas où l'alcoolique prend lui-même le premier contact, on lui demandera d'amener avec lui une personne ou bien celle qui comprend son problème et qui peut l'aider : ou bien celle qui est concernée par son problème. Les époux sont de loin préférables même si les parents, pères, sœurs, amis ou enfants peuvent être les bienvenus.

PREMIERE CONSULTATION

Lors de la première consultation, la tâche du thérapeute est de commencer par comprendre comment fonctionne le système familial dans ses relations avec le patient : c'est-à-dire quel est le problème familial compensé par l'alcoolisme.

Une description précise de l'état alcoolique devrait comprendre les informations suivantes :

1. La quantité et fréquence d'absorption.
2. Modification du comportement de l'alcoolique lorsqu'il boit.
3. Comportement des autres membres de la famille, conjoint ou parent, lorsqu'il boit.
4. Ceux-ci sont-ils plus dérangés quand l'alcoolique boit ou quand il est ivre ?
5. Précisez s'il est mieux accepté que l'alcoolique boive à la maison ou dehors.

6. Précisez les nouveaux comportements issus de l'excès de boisson (variations de l'activité sexuelle, modifications des revenus, modifications des rôles, etc. . .)
7. Qui souffre le plus quand l'alcoolique boit (ou quand il est ivre) ?
8. Qui l'aide le plus ?
9. Qui est le plus irrité lorsque l'alcoolique boit (ou quand il est ivre) ?
10. Comment s'exprime-t-il sur ces trois dernières questions ?
11. Quelles sont les réactions des autres membres de la famille face à ces témoignages de souffrance, de colère, d'assistance.

L'analyse systémique, nous le savons, se base sur les relations concrètes telles qu'elles se présentent entre les membres du système. Les informations ainsi recueillies nous offrent donc des suites d'interactions dans la famille, sur la base desquelles nous pourrions élaborer des stratégies d'intervention.

Si l'alcoolique n'est pas présent lors de la consultation, son absence sera connotée positivement. L'alcoolisme n'est pas approuvé mais reformulé à la lumière des informations fournies par la famille. Celles-ci sont importantes bien qu'elles soient très pénibles pour les personnes concernées quand elles sont présentes.

On fixe un deuxième rendez-vous. Par des suggestions concrètes on pourra aider la personne présente à trouver le moyen d'amener d'autres personnes importantes pouvant l'accompagner dans sa tâche, sans que cela soit obligatoirement l'alcoolique, qui devrait toutefois être au courant que cette personne se mobilise pour lui/elle.

Si l'alcoolique et son conjoint sont tous les deux présents avec ou sans autre participant une des tâches primordiales du thérapeute consiste à diminuer le seuil d'angoisse et d'augmenter les relations émotionnelles au sein de la famille.

Ceci peut être obtenu grâce à :

1. Un contrôle strict de la séance.
2. Des questions directes posées attentivement à chaque conjoint (à la Bowen).
3. En refusant de longs échanges incontrôlables.
4. Des prescriptions.

Les prescriptions peuvent être des moyens utiles pour fournir une autre explication au comportement et pour rendre spontané ce qui ne l'est pas. Des prescriptions peuvent aussi servir à élaborer le contexte de la thérapie : le ralentir, l'accélérer, etc. . .

Une tâche annexe peut parfois permettre à la famille d'étendre les limites de son action dans différents domaines ou à différents moments, par exemple lorsqu'un couple compare ses sentiments respectifs à propos d'un point de leur passé en commun.

DEUXIEME CONSULTATION

Après une semaine environ.

En présence du patient alcoolique

Si l'objectif posé explicitement par le patient ou la famille est l'interruption de boisson (désintoxication) il est primordial de se rendre compte comment la famille s'y est préparée, en restant à un niveau très pragmatique.

S'il y a déjà eu une tentative de désintoxication qui a échoué, nous essayons de découvrir avec les participants les raisons pour lesquelles cette fois-ci cela devrait ou ne devrait pas réussir. Nous essayons également d'obtenir les détails très précis sur ce que pense la famille à propos de la dernière tentative et sur ce qu'il faudrait faire cette fois-ci afin d'éviter le même échec. Les remarques des participants sont parfois avisées ; de toute manière elles donnent des informations sur le comportement interactif de la famille.

Nous trouvons utile d'examiner aussi avec les conjoints ou la famille les avantages que la boisson apporte à celle-ci, (par exemple, un père plus amusant, une mère plus indépendante, des enfants tenus avec moins de discipline).

Nous imaginons combien tout deviendrait compliqué si l'alcoolique devenait sobre. Nous choisissons une attitude hésitante par rapport à cette réalité mais jamais une attitude de désespoir. C'est à la famille qu'il incombe de nous convaincre de l'utilité de la désintoxication.

Lors de cette séance, chaque participant doit avoir la possibilité de donner son opinion sur le problème du patient alcoolique et comment en pratique il estime que les choses vont évoluer s'il arrête de boire.

En l'absence du patient alcoolique.

Dans ce cas, lors de la seconde séance, il y a généralement plus de monde que dans la première. Il est donc nécessaire de répéter et de révéifier certains points abordés lors de la première séance. La présen-

tation du problème doit être redéveloppée et redéfinie en fonction de ce nouveau groupe élargi. L'accent doit être mis ici sur les participants et la façon dont ils se sont "accommodés" jusqu'à maintenant aux problèmes d'alcoolisme et comment chacun considère la relation qui en découle avec l'alcoolique.

Nous avons trouvé qu'il était plus utile de centrer notre intérêt sur la personne la plus proche de l'alcoolique ou celle dont il est le plus dépendant et d'examiner avec les autres comment ils peuvent aider cette personne à encourager le patient à se traiter.

Ce genre de séance est très difficile car nous essayons de la maintenir simultanément à deux niveaux :

1. Comment encourager le patient alcoolique à se traiter
2. Pourquoi cette idée n'est pas tellement bonne.

Comme lors de la consultation en présence de l'alcoolique, chaque participant doit avoir la possibilité de discuter à son tour de sa relation avec le patient alcoolique, de la manière dont il conçoit le problème et ce qu'il pense qu'il pourrait arriver si le patient s'arrêtait de boire.

TROISIEME CONSULTATION

En présence du patient alcoolique

Si on prend la décision de l'arrêt de boisson, la désintoxication doit être présentée comme une intervention préservant l'homéostasie de la famille, sous peine d'échec. C'est la raison pour laquelle il est important d'évaluer les interactions qui ont permis au couple de supporter l'alcoolisme d'un des partenaires.

Voici deux types d'interaction qu'on retrouve fréquemment chez les couples alcooliques :

1. Au début le couple apparaît comme relativement "équilibré". Peu à peu cependant un des partenaires prend le pas sur l'autre, qui devient plus passif et dépendant ; l'homéostasie se maintient aussi longtemps que ce dernier arrive à faire la part des choses et à garder une certaine distance ou autonomie. Toutefois, si le partenaire "actif" prend de plus en plus d'importance, l'autre glisse vers une perte de confiance en lui-même qui le rend dès lors vulnérable à la boisson.

Ce schéma est un peu le stéréotype traditionnel du ménage dans lequel l'homme réussit de mieux en mieux tandis que l'épouse peut glisser vers l'alcoolisme. Actuellement cependant il est fréquent de rencontrer l'inverse.

2. Un autre type d'interaction fréquent est celui du couple où un des deux partenaires s'adapte assez facilement aux changements, tandis que l'autre est rigide. Fréquemment c'est l'homme qui témoigne de cette rigidité qui va croissant face aux changements. La femme, quand à elle, rétablit en permanence l'équilibre grâce à une implication unanime envers ses enfants et sa propre famille. Mais ceci sépare peu à peu affectivement les deux époux !

Le mari commence alors à boire pour trouver une échappatoire à l'anxiété provenant de ses responsabilités. Il lui est de plus en plus difficile de les affronter, d'autant qu'il n'en voit pas la fin. Il prend verre sur verre pour se détendre et garder une contenance. La distance qui le sépare de son épouse va en augmentant et le cercle vicieux se referme sur sa désignation désormais affirmée d'être "celui qui boit".

Ce ne sont là que deux exemples les plus fréquents parmi les multiples types de fonctionnement propres aux familles d'alcooliques. Il existe en outre bien souvent une tolérance à l'alcoolisme dans la famille élargie. L'analyse du fonctionnement familial doit s'efforcer de révéler l'importance de l'alcoolisme de l'un de ses membres buveurs. Il est important aussi d'évaluer à quel point il reste accepté socialement. L'alcoolique impliqué socialement est plus facile à traiter et a tendance à présenter de meilleurs résultats cliniques que s'il est solitaire : "un rejet de la société" avec peu de soutien. Dans ce dernier cas, il sera difficile de l'intégrer dans notre modèle d'intervention ; il serait préférable à notre avis de le traiter dès le début dans un cadre institutionnel.

En l'absence du patient alcoolique

L'accent doit être mis sur le fait que le conjoint doit apprendre à contrôler son rôle de réciprocité. C'est une approche quelque peu pédagogique, mais qui apporte des résultats étonnamment efficaces si le conjoint n'y ressent aucun reproche. Il ne faut pas confondre "reproche" avec "critique aimable et positive" que nous trouvons acceptable et utile si elle est faite avec bienveillance.

Dans ce domaine, nous pensons que le thérapeute doit avoir une idée précise sur son propre comportement envers les personnes qui boivent et qui s'enivrent.

CONSULTATION FINALE

Si la personne alcoolique est présente :

Nous avons souvent constaté, lors de la quatrième séance, que celle-ci peut être considérée comme la dernière consultation avant la cure de désintoxication. Nous évitons de parler de ce qui "se passera

après la cure" parce qu'il y a bien trop d'aléas pouvant survenir entre la prise de décision et le début de cette cure. Nous considérons qu'à ce stade, "plus la famille agit vite, mieux c'est". Faire des projets n'est pas la même chose qu'agir. Bien que nous n'excluons pas la possibilité de rencontrer la famille pendant la cure de désintoxication, il est très important d'insister sur le fait qu'ils sont en train de réaliser une chose qui leur est particulièrement difficile. C'est à ce moment qu'il est utile (voire indispensable) de prendre contact avec les alcooliques anonymes.

En l'absence de la personne alcoolique

L'intervention prendra plus de temps, bien qu'un changement important puisse s'effectuer lorsque les personnes qui entourent l'alcoolique, et particulièrement le conjoint, changent leurs comportements.

En règle générale, nous nous efforçons d'obtenir une confrontation entre l'alcoolique et les autres membres de sa famille ou du système élargi afin d'aboutir à une cure de désintoxication.

Lors de ces séances, il est important que les différents membres de la famille ainsi que les autres personnes concernées soient prêtes à tout faire pour réussir et qu'ils changent d'attitude en acceptant de substituer leurs sentiments de "prise en charge" en une réponse visant l'origine fondamentale de l'alcoolisme.

Le thérapeute doit ici encore donner une direction spécifique aux séances, en choisissant une stratégie adaptée, permettant de donner à tous la possibilité de se décharger de leur rancune et de travailler d'une manière réaliste dans le sens du changement.

FOLLOW-UP

Il sera possible de rencontrer la famille une fois pendant la cure de désintoxication si elle le désire. Cette entrevue peut se faire avec ou sans le patient. Sans l'intéressé, nous essayons d'intégrer celui-ci dans la thérapie en écrivant une lettre dans laquelle nous exprimons nos impressions. Nous adressons cette lettre au patient par l'intermédiaire de son épouse. Nous en faisons autant envers chacun des membres absents de la famille.

Il est fréquent que nous rencontrions les familles ou les couples après la cure de désintoxication, au moins une fois, et que nous leur proposons un programme précis pour suivre l'évolution du traitement. Ce programme peut être réalisé par les mêmes thérapeutes à condition

que l'on fasse une distinction claire entre les différentes étapes du traitement. Mais il peut être entrepris par une autre équipe. Il est évident que le médecin traitant sera tenu au courant de toutes les phases du traitement.

Bella Borwick

Centre de Guidance U.C.L.
30 Clos Chapelle-aux-Champs
1200 Bruxelles (B)

RESUME

L'auteur montre que le traitement de patients alcooliques peut être divisé en deux catégories, et deux ou trois phases.

La catégorie I regroupe des individus dont l'abus de boisson est périodique, de courte durée et constitue un symptôme secondaire. Ceci inclut également la plupart des buveurs adolescents.

La catégorie II inclut ceux dont la boisson est devenue une force organisatrice de leur vie individuelle et familiale : lorsque le fait de boire est établi depuis longtemps et crée des handicaps de santé, de vie familiale et/ou de vie professionnelle. Cette catégorie se caractérise par la présence de buveurs d'alcool, tant modérés qu'excessifs, dans plusieurs générations, généralement dans les deux lignées de la famille.

L'auteur distingue ensuite les phases d'intervention et détaille particulièrement la première phase. Celle-ci est vue comme une période de négociation stratégique avec le système familial quant aux conditions de la désintoxication, ce qui peut inclure également des personnes non membres de la famille mais y exerçant une influence.

Un mode d'intervention sans la présence du patient alcoolique est également décrit.

SUMMARY

This paper makes the point that the treatment of alcoholic patients can be generally divided into two categories, and two or possibility three phases.

Category I includes individuals whose drinking is periodic, of relatively short duration, and constitutes a secondary symptom. This also includes most adolescent drinkers.

Category II includes situations where drinking has become an organizing force in the life of the individual and the family ; when drinking has been of long duration and has impaired the health, family

life and/or work life of the individuals. This category is particularly characterized by the presence of alcohol users and abusers over several generations, usually on both sides of the family.

The paper further divides treatment into phases of intervention and describes in detail the first phase. This phase is viewed as a period of strategic negotiation about the conditions of desintoxication with the family system of the alcoholic patient, which can include also influential non-family members.

A model of intervention without the presence of the alcohol abusing patient is also described.

BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON, Gregory : *Steps to an Ecology of Mind*, New York, Ballantine Books, 1972.
2. BOWEN, M. : *Family Therapy in Clinical Practice*, N.Y. : Jason Aronson, 1978, p. 9 45-69.
3. BOSZORMENYI-NAZY, I. and SPARKS, G. (1973) : *Invisible Loyalties*, N.Y. Harpet Row.
4. HALEY, J. : *Strategies of Psychotherapy*, N.Y. Grunne and Stratton.
5. HALEY, J. : *Uncommon Therapy*. N.Y. Narton, 1973.
6. JACKSON, D.D. : *Therapy, Communication and change*, vol. Palo Alto : Science and Behavior Books, 1968.
7. MINUCHIN, S. : *Families and Family Therapy*, N.Y. Norton, 1973.
8. PALOZZI, M.S., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. : *Paradox and counterparadox*, N.Y. Jason Aronson, Inc., 1978.
9. PAPP, P. : *Private communication*.
10. STANTON, M.D., A family theory of Drug Abuse, Chapter in D. Lettieri, M. Sayers and H. Pearson (Eds). *Theories on Drug Abuse : Selected Contemporary Perspectives*. NIDA Reserach Monograph series No 30 - Wash - Oc.
11. STEINGLASS, P. : *Experimenting with Family Treatment*. Approaches to alcoholism, 1950-1975 : a Review. *Family Process*, 15 : 97-123, 1976.

FORMATION PROFESSIONNELLE et PERFECTIONNEMENT 1983

FORMATION à la THÉRAPIE FAMILIALE

Explorer les systèmes de relation et agir sur leurs dynamiques

Issue des divers courants de thérapie familiale, cette formation se centre sur une conception globale de la structure familiale, entraînant ainsi une redéfinition de l'intervention sociale et de l'acte thérapeutique.

Dans le travail en équipe, dans les institutions, au cours des entretiens familiaux, des registres familiaux, comment les utiliser ? A qui servent-elles ? Comment les utiliser ?

Repérer les imbroglios familiaux, éviter certains pièges, coordonner le travail systémique d'une équipe, adapter les interventions à certaines situations, certains registres lors de la conduite des entretiens collectifs : telles sont les questions qu'aborde cette formation de longue durée.

Public concerné : travailleurs sociaux, éducateurs, juges, magistrats, médecins, psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, travaillant avec des familles dans le cadre de leur pratique.

Durée et dates :

- 1^{ère} année : 5 sessions de 3 jours à partir du 25 janvier 1983.
 - 2^{ème} année : 7 sessions de 3 jours.
 - 3^{ème} année optionnelle : 4 sessions de 2 jours.
- Entretien préliminaire dès juin 1982 avec les formateurs.

Responsables : Bernard PRIEUR - Irène SOBOUL

CYCLE D'APPROFONDISSEMENT CLINIQUE

Travailler sur des enregistrements de séances d'entretiens collectifs présentés par des thérapeutes de formations différentes, approfondir, à partir de la clinique, les concepts clés en thérapie familiale.

Public concerné : professionnels ayant suivi une formation en approche systémique.

Durée et dates : 6 jours en discontinu : 27 avril, 11 mai, 15 juin, 26 octobre, 16 novembre, 7 décembre 1983.

Responsables : Bernard PRIEUR - Irène SOBOUL.
Autres thérapeutes invités.

LE TRAVAIL ÉDUCATIF SOUS MANDAT AVEC LES FAMILLES

Recadrer l'intervention sous mandat judiciaire ou administratif, assurer une possibilité d'évolution pour la famille concernée, s'appuyer sur le contexte.

Public concerné : assistants sociaux, éducateurs AEMO, juges, magistrats, psychologues, personnels des DDASS.

Durée et dates : 3 jours - 25, 26, 27 octobre 1983.

Responsable : Patrick POISSON.

LA CONCERTATION DU TRAVAIL SOCIAL AUTOUR DES FAMILLES CARENCÉES

Approfondir la réalité des familles carencées dites "multirisques", organiser un suivi cohérent de ces groupes familiaux, appréhender le réseau des différentes équipes d'intervenants pour une meilleure coordination.

Public concerné : assistants sociaux, éducateurs AEMO, infirmiers, psychiatres, médecins, puéricultrices, psychologues, psychiatres...

Durée et dates : 3 jours - 26, 27, 28 Avril 1983.

Responsable : Brigitte CAMDESSUS.

CONTROLE TECHNIQUE EN THÉRAPIE FAMILIALE

Confronter son expérience avec celle des autres praticiens, réfléchir sur sa pratique d'intervention, mesurer les difficultés rencontrées à propos de cas particuliers.

Public concerné : professionnels ayant suivi une formation en approche systémique et l'appliquant.

Durée - Dates : 10 séances de 3 heures par groupe de 5 personnes, le vendredi matin à partir de novembre 1982.

Responsables : thérapeutes familiaux du CECCOF.

TRANSMETTRE L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

Approfondir le concept de pédagogie systémique ; redéfinir à l'aide de cet outil l'acte éducatif et de pédagogie des adultes.

Public concerné : animateurs de formation, enseignants, thérapeutes familiaux ayant un rôle de formation dans leurs institutions d'appartenance.

Durée et dates : 2 sessions de 3 jours - 7-8-9 juin, 13-14-15 septembre 1983.

Responsable : Bernard PRIEUR

CARREFOUR CLINIQUE N° 3

Après avoir invité Lynn Hoffman de l'Institut Ackerman en 1979 et 1980, le CECCOF organise une rencontre avec un thérapeute familial étranger, autour de sa pratique et de ses recherches.

Ce carrefour de 3 à 5 jours s'adresse aux professionnels ayant déjà intégré dans leur pratique quotidienne l'approche systémique.

Les dates (été-automne 1983) de même que le nom des intervenants, seront communiqués ultérieurement.



Ces actions peuvent être prises en charges dans le cadre de la formation professionnelle continue.

Programmes détaillés envoyés sur demande. - CECCOF - 10bis, bd de la Bastille - 75012 PARIS - Tél. 340.97.66 et 700.34.23

INTERVENTION THERAPEUTIQUE ET PREVENTIVE AUPRES D'UN GROUPE FAMILIAL A HAUT RISQUE

Marceline ELÖD*

Introduction

Ce travail décrit une intervention psychothérapique et préventive au long cours ainsi que les principes théoriques systémiques suivis pour son élaboration stratégique. Il illustre un mode spécifique d'action psychiatrique, mis en forme par les soignants de l'Unité de Thérapie Familiale et de Prévention à Lausanne, Masson (7). Les traitements de ce type, sont des interventions ponctuelles au sens où l'entend Caplan (2), et s'adressant aux très jeunes familles, dont les parents, issus de familles d'origine transgénérationnellement dysfonctionnelles (1), ne sont pas en mesure d'assumer leur rôle protecteur envers leurs enfants. Ces thérapies ont pour buts :

- I. La promotion de changements dans le fonctionnement des systèmes familiaux nucléaires et élargis, ainsi que des modifications dans le métabolisme des échanges famille – milieu social environnant, qui permettent au groupe parent(s)-enfant(s)
 - a) de faire face aux tâches existentielles tout en s'autorisant de nouvelles satisfactions.
 - b) de s'autonomiser par rapport aux services psycho-sociaux dont ils étaient avant traitement sévèrement dépendants.
- II. La cure des difficultés psychologiques chez les parents,
- III. La prévention primaire ou secondaire (2) de troubles du développement physique, intellectuel et psycho-affectif chez les enfants. Il s'agit en particulier de prévenir l'apparition de syndromes psychotiques précoces et de retards mentaux dûs à la carence d'apports au cours du premier âge, syndromes qui sont difficilement influençables par les traitements psychiatriques institués tardivement.

* Unité de Thérapie Familiale et de Prévention, (Dr Odette Masson), Service Universitaire de psychiatrie infantile, Rue Etraz 5, 1003 Lausanne, CH.

Intervenir auprès de sujets issus de familles transgénérationnellement et chroniquement perturbées, exige de la part des thérapeutes le recours à des instruments théoriques et des moyens d'action que les consultations de psychiatrie orientées sur les soins individuels n'utilisent pas.

Bases théoriques et techniques :

Les techniques permettant d'établir une alliance thérapeutique auprès de sujets appartenant à des systèmes familiaux dysfonctionnels et socio-culturellement défavorisés doivent être bien maîtrisées, Minuchin (12).

L'entraînement à distribuer l'attention thérapeutique à chaque membre du système familial est particulièrement important, Boszormenyi-Nagy (1), Kempe (6).

Le décodage des symptômes exhibés par les membres de la famille s'effectue en référence systémique. En effet plus le fonctionnement du groupe familial est perturbé, moins les sujets qui en font partie sont capables de percevoir et partant de reconnaître et exprimer des besoins et désirs personnels. L'intervention thérapeutique doit se baser sur une compréhension du mode de fonctionnement du système transactionnel dans lequel sont engagés les membres des familles nucléaire et élargie, et comprendre les symptômes comme adaptatifs à cet écosystème, Selvini (13). Les stratégies thérapeutiques utiles dans l'approche de ces familles demandent à être élaborées d'une façon créative, en fonction des étapes parcourues, des états successifs dans lesquels se présente le système, en suivant les modèles théoriques d'auteurs tels ceux de l'Ecole Milanaise (13), Watzlawick (15), Boszormenyi-Nagy (1), Haley (4), Minuchin (11), Erickson (5), Van Dijck (14). Enfin les thérapeutes qui s'adressent aux familles à risque, rencontrent régulièrement des problèmes de collaboration interdisciplinaire et inter-institutionnelles, dont la maîtrise demande un entraînement spécifique, Masson, Fankhauser (8).

Dans l'*action concrète*, les thérapeutes préventifs ne peuvent travailler sans disposer des moyens pratiques suivants :

Une stabilité dans le poste de travail est nécessaire pour pouvoir assurer à la famille traitée une assistance qui dure parfois plusieurs années, telle celle décrite dans l'exemple qui va suivre. L'horaire de travail doit être adapté en début de traitement aux besoins de la famille et le thérapeute doit se montrer disponible pour des séances qui peuvent avoir lieu à l'hôpital psychiatrique ou au domicile des patients. Les soignants mettent à disposition de la famille leur numéro de

téléphone privé, afin de pouvoir intervenir eux-mêmes dans les situations de crises. En effet, comme l'a très bien montré Caplan (2), le thérapeute présent lors d'une crise, peut en évaluer la signification dans l'évolution du processus thérapeutique et utiliser cette compréhension pour tenter l'induction de nouveaux échanges entre les membres de la famille, mieux que ne saurait le faire un médecin de garde arrivant *ex abrupto* dans la situation.

Les aspects théoriques et pratiques seront repris plus en détail au cours de l'analyse du processus thérapeutique, qui s'est déroulé en 48 mois dans la cure de la famille X, dont suit maintenant la présentation clinique.

Situation et anamnèse de la famille X

La thérapeute fait la connaissance de cette famille au cours d'une intervention de garde nocturne. Cécile, la mère, présente un accès d'ivresse pathologique dont elle est coutumière. L'ami, père de la fille cadette, a alerté la garde comme il le fait d'habitude, tandis que les filles, âgées de quatre et un an, sont terrorisées par le désarroi des parents et l'agitation qui règne dans l'appartement. Dans l'immédiat, la thérapeute hospitalise la jeune femme à la clinique psychiatrique, en se promettant d'évaluer ultérieurement la situation de la famille, afin d'estimer les possibilités d'engagement d'une cure préventive. Suivant son propos, le médecin prend contact avec Cécile à l'hôpital, et apprend qu'elle a été hospitalisée douze fois durant les derniers mois, pour de courts séjours motivés chaque fois par une ivresse pathologique. Ce processus répétitif indiquait l'existence d'une perturbation chronique des relations dans ce groupe familial, formé de deux adultes et de deux enfants en bas âge.

Contexte personnel et familial de Cécile :

Cécile 27 ans, n'a pas eu l'occasion de connaître ses parents durant son enfance et son adolescence. Sa mère a eu quatre enfants de trois hommes différents ; Cécile et son frère cadet, les derniers de la fratrie, ont été tôt placés en orphelinat, en raison des difficultés sociales et psychologiques de la famille, qui se traduisaient entre autres par un éthylisme chez le père. Les parents de Cécile avaient eux-mêmes subi de graves carences d'apport affectif et matériel dans leur enfance, et se trouvaient complètement démunis et incapables d'assumer l'éducation de leurs propres enfants.

Au cours de son enfance, Cécile a ainsi vécu dès l'âge de deux ans, une succession de placements et de ruptures, sans jamais pouvoir établir

de relation sécurisante avec qui que ce soit. A quatorze ans, elle finit par s'enfuir d'un placement familial, où "aînée" de neuf enfants, elle était surchargée par la tâche qui consistait à donner des soins aux plus jeunes. A quinze ans, elle est engagée comme fille d'office dans un hôpital, et établit une relation d'amitié avec une religieuse, dont le départ provoque une forte réaction dépressive chez Cécile. C'est alors qu'elle commence à commettre des excès d'alcool et à s'intoxiquer avec des médicaments. A cette époque, Cécile demande à revoir son père. Elle se rend chez lui, trouve un homme profondément atteint par l'abus chronique d'alcool, qui lui fait des propositions douteuses. Cécile s'enfuit de chez lui ; trouvée errante par des policiers, elle est hospitalisée par leurs soins en milieu psychiatrique, où elle séjournera une première fois pendant dix mois. De 16 à 27 ans, Cécile n'a plus quitté son rôle de malade psychiatrique. Entretien des relations houleuses avec son entourage, elle fait quelques tentatives d'insertion professionnelle qui échouent. A vingt ans elle se marie une première fois, donne naissance à une fille. L'interaction du couple s'organise d'une manière particulière : Madame trompe Monsieur ouvertement et avec sa complicité. Monsieur tolère trop bien les abus d'alcool et les crises de violences de sa femme, qui aboutissent à des hospitalisations répétées. C'est finalement Cécile qui décide de quitter son mari, emmenant sa fille avec elle. Peu après l'échec de son premier mariage, Cécile fait la connaissance de François, dont est issue, hors mariage, la deuxième enfant. Cette relation est elle aussi, tumultueuse. Les deux partenaires se disputent souvent, Madame poursuit ses excès alcooliques et médicamenteux ; ils vivent avec les deux enfants dans un climat de très grande tension, sans pouvoir prendre de décision quant à leur avenir. La famille dispose pour vivre des revenus du travail régulier de François et de la pension alimentaire versée par le père de la fille aînée. Les deux enfants âgées de quatre ans et de treize mois sont très déséquilibrées. L'aînée présente un retard de langage.

Anamnèse familiale et personnelle de François :

François est l'ami de Cécile depuis quatre ans. Il est issu d'une famille dysfonctionnelle par l'absence de frontières générationnelles. François lui-même, premier enfant de sa fratrie, a été élevé dès son premier âge par ses grands-parents paternels. Il a douze ans lorsque meurt la grand-mère paternelle et est placé ensuite dans un internat. Les parents de François vivent en régime pseudo-mutuel, Wynne (17), en évitant toute discussion concernant les relations et les problèmes familiaux.

Agé de vingt-six ans, François, a acquis une bonne formation professionnelle. Bien qu'assumant sérieusement la responsabilité de chef de famille, qui le conduit à assumer l'entretien de quatre personnes, il accepte d'effectuer un travail qui n'est pas en rapport avec ses compétences professionnelles dans l'entreprise paternelle ; employé de son père, il est en contact avec lui tous les jours de la semaine, mais n'ose aborder avec lui une discussion sur un changement de travail et une amélioration de son contrat. Il répète ainsi le schéma relationnel qui a été en vigueur entre son père et les grands-parents paternels. Avoir choisi pour amie et mère de son enfant une femme réputée "folle", a représenté pour François un compromis acceptable entre ses souhaits de vivre sa vie d'adulte, et sa soumission aux règles du système d'origine, règles limitantes pour l'autonomie de ses membres, mais protectrices de l'étroite cohésion du groupe. François n'épouse pas son amie ; il peut quotidiennement mettre ses parents au courant de ses difficultés relationnelles avec Cécile. Il a ainsi trouvé la façon de ne pas trahir sa famille d'origine, tout en vivant avec une femme.

François, Cécile et les deux enfants, forment au moment où la thérapeute les rencontre, un groupe familial hautement et chroniquement dysfonctionnel, bloqué dans son évolution. Les mêmes patterns transactionnels se répètent rigidement, exacerbant la caricature des rôles d'infirmier-victime pour le père, et de grande malade psychiatrique, bouc-émissarisée par toute la famille de François, pour la mère. Les réponses thérapeutiques, venues jusqu'alors sous la forme d'hospitalisations en milieu psychiatrique, n'avaient pas permis de modifier l'équilibre morphostatique conditionnant l'existence des quatre membres de cette famille nucléaire. L'intégrité physique des protagonistes est menacée durant les crises d'agitation éthylique. Le développement psycho-affectif de la fille aînée est déjà perturbé ; l'enfant présente une évolution dépressive chronique associée à un retard de langage. Les parents, attachés l'un à l'autre, n'arrivent pas à négocier des alternatives comportementales, et des compromis susceptibles de permettre à leur relation d'évoluer : ils ne peuvent pas plus se séparer.

Analyse du plan thérapeutique :

I. Traiter ce système familial supposait trouver une façon d'y entrer. La première tâche consistait en effet à établir une alliance thérapeutique avec les parents. Or, pas plus Monsieur que Madame, n'accordaient crédit aux médecins pour leur venir en aide. Ceux-ci n'avaient dans l'esprit des conjoints pas d'autre fonction que celle consistant à intervenir dans les crises aiguës, pour soulager momenta-

nément les tensions par une hospitalisation. Les soignants, qui jusque-là avaient accepté ce rôle, venaient par phase, soutenir la chronification du jeu relationnel du couple.

Tenter de modifier ce jeu répétitif, supposait que le médecin réussisse à prendre un autre rôle et parvienne à établir une alliance thérapeutique avec les membres de la famille en dehors des crises aiguës. Ce premier objectif se révéla particulièrement difficile à atteindre ; la thérapeute y parvint en établissant un contact suivi avec la patiente désignée, selon des modalités qui seront décrites ultérieurement.

II. Une thérapie de couple s'avérait nécessaire pour induire une modification des comportements des membres de la famille ; en effet, laisser l'interaction conjugale se perpétuer dans sa forme chronique, n'aurait donné aucune chance à François et Cécile de sortir de leurs rôles pathologiques et stéréotypés. Soigner un des membres du couple sans s'occuper de l'autre, eut été soit inefficace, soit aggravant pour leurs relations.

III. Enfin la rigidité des transactions pathologiques transgénérationnelles (Madame avait coupé tout lien avec sa famille d'origine, tandis que Monsieur était hyperimpliqué dans les relations avec les membres de la sienne), rendait évidente la nécessité de prévoir un travail sur les transactions du groupe nucléaire avec les familles d'origine.

Modalités d'approche thérapeutique et analyse du processus :

I. Comment s'est établie l'alliance thérapeutique ?

Monsieur, fidèle aux règles de sa famille d'origine, qui limitent sévèrement les échanges avec les personnes du monde extérieur, était opposé à entrer en relation suivie avec le médecin. Madame, entraînée depuis son enfance à vivre des ruptures successives, ne faisait aucun crédit à la thérapeute qui lui proposait un engagement relationnel. C'est finalement grâce à des discussions sur la nécessité de protéger les enfants de la récurrence d'épisodes violents (Madame cassait mobilier, fenêtres et vaisselle au cours des épisodes d'ivresse pathologique), que le thérapeute a obtenu dans un premier temps l'écoute de la mère. Cécile était en effet, malgré toutes ses difficultés personnelles, très attachée à ses filles et s'en occupait adéquatement en dehors des crises où elle perdait tout contrôle. L'alliance thérapeutique s'est donc établie dans un premier temps avec un membre du système, la mère, patiente désignée, en définissant la protection des enfants comme objectif de travail. Le

médecin, tout en organisant cette première tranche de traitement individuel, se promettait de tenter dès que possible l'intégration des autres membres de la famille dans le système thérapeutique.

Trois mois de thérapie avec Cécile ont été nécessaires pour consolider l'alliance thérapeutique avec elle. Des épisodes violents et dangereux ont accompagné le progressif engagement de la part de la jeune femme dans la relation au médecin. Testant la solidité de ce lien, Cécile continua à s'intoxiquer de préférence la nuit, appelant le thérapeute, lui disant et lui montrant qu'elle ne changerait jamais de comportement. Au cours de cette tranche de traitement, Cécile était entrée avec ses filles dans un foyer pour mères en difficultés ; pendant les premiers mois, elle y a répété les scènes habituelles de violence, en présence de François qui venait lui rendre visite. C'est au cours de cette période, que Cécile décide de se suicider à l'aide d'un mélange de médicaments et d'alcool. Alertée tardivement par François, la thérapeute arrive juste à temps pour voir se produire un arrêt cardio-respiratoire. Elle réanime Cécile, ce qui donne une signification nouvelle à leur relation. Dès lors Cécile oscille entre deux attitudes contradictoires :

A) Elle redéfinit sa relation au médecin en lui exprimant sa confiance et en demandant son appui.

B) Elle exprime une intense inquiétude, sent ses tendances auto-destructrices augmenter, à mesure que s'établit une relation positive avec le médecin. Dès qu'un engagement relationnel suivi paraît possible, Cécile tente de s'y soustraire, (quitte à s'ôter la vie), de crainte de voir ce nouveau lien rompu par la volonté de l'autre. Ce phénomène s'explique si l'on se réfère aux séparations multiples vécues par Cécile dans son enfance. Par ailleurs, comme elle l'exprimera un peu plus tard, la jeune femme éprouve une intense culpabilité à recevoir des soins qui ont manqué à sa mère.

Bien qu'ambivalente, Cécile signale dorénavant sa décision de se soigner et de changer en se présentant ponctuellement à tous les entretiens avec le médecin. Dans les instants qui les précèdent, elle est très tendue et a envie de s'enfuir. Dans les séances apparaissent progressivement les préoccupations de Cécile au sujet de sa mère, et sa culpabilité de recevoir l'aide des éducateurs du foyer et l'attention du médecin, alors que sa mère à l'époque où elle se débattait dans des difficultés similaires aux siennes, n'avait reçu aucun soin. "Si je voulais me faire plaisir, je resterais au foyer, mais la vie ne doit pas être une partie de plaisir", confie Cécile au médecin au cours d'une séance nocturne provoquée par une crise d'agitation éthylique. Obéissant à de

violents sentiments de loyauté cachée envers sa mère, (Boszormenyi-Nagy 1), la malade essaie durant cette phase de provoquer des hospitalisations en milieu psychiatrique. La présence de la thérapeute au cours de plusieurs nuits, permet durant cette période de traitement, la progressive maîtrise de ces comportements d'auto-sabotage. Trois hospitalisations psychiatriques ont cependant encore été nécessaires, durant lesquelles Cécile a demandé la continuité du contact avec sa thérapeute, qui l'apaisait en l'accompagnant à l'hôpital. Toutes ces crises se déroulaient selon un schéma rigidement répétitif :

Cécile se mettait à boire jusqu'à ce qu'à un moment donné, François éloigne l'alcool ; ceci déclenchait la crise de violence chez la jeune femme et conduisait François à appeler la thérapeute. A travers la répétition de ce scénario, François est progressivement entré en relation avec le médecin de son amie ; ceci favorisa le passage à la deuxième étape du traitement.

II. Thérapie du couple :

François et Cécile acceptent un contrat de dix séances de couple, tandis que le traitement individuel se poursuit. Ils abordent leurs difficultés relationnelles et signalent combien elles sont liées aux graves perturbations des échanges avec les membres des familles d'origine. La thérapeute peut maintenant examiner la fonction des troubles relationnels exhibés par le jeune couple et les reconnaître comme efficaces au maintien de l'homéostasie du système étendu constitué par la famille nucléaire et les famille d'origine.

Comment se passaient les échanges entre la famille nucléaire et les grands-parents ? :

Du côté de Cécile, ils étaient totalement rompus. Les grands-parents n'avaient jamais revu leur fille depuis qu'elle était mère, et ne connaissaient pas leurs petites-filles. Dans la famille de François, n'était pas franchie une étape du cycle vital, qui, physiologiquement s'accomplit au moment de l'adolescence des enfants. François et ses parents vivaient dans un régime relationnel, qui ne tenait pas compte de sa maturité d'homme et de père, ni de son attachement profond à Cécile. Son statut de chef de famille, n'était reconnu ni par ses parents, ni par lui-même. Les modes relationnels soutenant cette négation étaient les suivants : technicien diplômé, François était engagé dans l'entreprise paternelle dans un emploi nécessitant pas de qualifications. Ses visites à ses parents, chez qui il se rendait accompagné de Mireille sa belle-fille et de Nathalie sa fille, se déroulaient sans Cécile qui attendait aux abords de la maison.

Bouc-émissarisée par le groupe familial de François, Cécile était vécue comme la femme folle et incompétente. Complice, elle nourrissait

cette vision des choses, en refusant d'entrer dans la maison des parents de François. Il était dès lors facile pour tous les protagonistes de continuer à voir les relations du jeune couple comme fragiles et provisoires. La mère de François allait mettre de l'ordre dans le ménage des jeunes durant les hospitalisations de Cécile et essayait d'expulser ses effets. Les parents enjoignaient François de quitter son amie et de revenir habiter avec eux. Envers eux, François affichait des attitudes de soumission ; il ne pouvait soutenir aucune position personnelle devant eux, tout en disant en leur absence que leur avis ne comptait pas pour lui.

Les interventions au cours de cette phase du traitement ont été fondées sur la lecture suivante du dysfonctionnement conjugal :

En se présentant chroniquement comme folle, agitée et incompétente, Cécile aide François à garder son statut anachronique de fils peu individué, non marié ; il peut continuer à maintenir des échanges immatures avec ses parents.

François, en acceptant le comportement de Cécile, la confirme dans ses tendances à ne rien changer à sa vie, qui révèle sa profonde culpabilité à l'égard de sa mère, à qui elle pense beaucoup tout en refusant de la rencontrer.

Peu à peu surviennent des changements dans les attitudes de François et de Cécile, qui dans un premier temps se marquent principalement dans les relations aux deux fillettes :

Reconnus par le médecin comme formant un couple, les parents donnent plus d'attention à ce que vivent Mireille et Nathalie ; Cécile commence à tenir compte de ce que ses filles éprouvent à chaque rupture provoquée par une crise éthylique et se met à réfléchir davantage aux besoins des enfants. L'image qu'elle a d'elle-même devient par moments positive ; elle entrevoit l'importance de ce qu'elle apporte à ses filles, en même temps que s'approfondit son engagement relationnel à l'endroit de la thérapeute. Ceci se révèle par la concentration des abus d'alcool et de médicaments durant les vacances du médecin. Cécile s'intoxique alors pour "combler le vide", quand lui manquent ses séances.

Evolution dans la thérapie individuelle :

Cécile rapporte un événement tragique survenu au foyer. Un bébé de 3 mois est trouvé mort dans son berceau. Cet événement mobilise toutes les pensionnaires. Cécile, bouleversée, engage une discussion avec les autres femmes présentes sur les relations qu'elles entretiennent avec leurs enfants et avec leurs propres mères. Elle recommence à boire, mais cette fois la crise se résout sans hospitalisation et permet un échange

nouveau en séance : Cécile exprime pour la première fois son agressivité envers sa mère, l'accuse de l'avoir abandonnée. En même temps, elle constate que sa vie d'adulte est engagée sur les mêmes voies que celle de sa mère. Toutes deux ont tôt divorcé, donné naissance à un enfant hors mariage, abusé d'alcool. Peu à peu naît une demande, d'abord cachée puis ouverte : Cécile souhaite rencontrer sa mère. La demande cachée s'est exprimée de la manière suivante : Cécile reprochait très violemment à une pensionnaire du foyer son manque d'intérêt à l'égard de sa fille adulte hospitalisée en milieu psychiatrique. Puis culpabilisée d'attaquer cette femme, elle demande un jour au médecin de s'en occuper. Cette requête permet à la thérapeute de montrer à Cécile combien était profonde sa préoccupation à l'égard de sa propre mère, à qui elle adressait des reproches similaires. Cécile accepte cette interprétation et aborde dès lors la tristesse profonde qui est la sienne. Elle admet qu'elle abuse d'alcool et de médicaments comme de remèdes destinés à la combattre.

C'est précisément au moment où Cécile fait ces grands progrès, que François réalise, avec l'accord de son amie, un projet qui risque de compromettre la poursuite du traitement : Cécile, Mireille et Nathalie quittent le foyer et vont vivre avec François dans une ferme isolée, dépourvue de téléphone, éloignée du centre de thérapie. L'aînée des filles devient insomniaque, se replie dans la tristesse. Le médecin ne s'oppose naturellement pas au projet du couple, qui tout en mettant en péril l'évolution du traitement, représente en même temps un mouvement progressif en rassemblant le groupe nucléaire, l'autonomisant par rapport au foyer et à l'équipe éducative. Le médecin s'adapte à la situation en proposant la poursuite des séances et en signalant sa disponibilité pour des visites à domicile. Dès le déménagement, les séances consacrées à Cécile et ses enfants, se déroulent sous le contrôle de François qui assure les déplacements. En même temps, ont encore lieu les séances de couple. L'entente entre François et Cécile dans les débuts de leur nouvelle vie est aléatoire. L'hypothèse d'un frein à l'évolution des relations conjugales, constitué par les problèmes de loyauté aux familles d'origine est de plus en plus vraisemblable. Ainsi était-il temps de passer à la troisième étape du traitement.

III. Travail sur les transactions du groupe nucléaire avec les familles d'origine

Le médecin montre à Cécile qu'elle ne se donne guère le droit de vivre en adulte avec François et ses deux enfants, sachant que sa mère n'avait jamais pu vivre avec sa famille rassemblée. Cécile commence alors à

communiquer de nouvelles informations sur sa famille d'origine. Encouragée par l'intérêt de la thérapeute pour ces renseignements, elle parle toujours davantage de sa mère et dans une perspective nouvelle : elle énumère les difficultés existentielles de sa mère : le divorce, les séparations d'avec ses enfants, la misère socio-économique. Elle se met à penser au malheur que cette femme a dû vivre. Peu à peu elle imagine la retrouver tout en ayant peur de passer à l'action. Soutenue par la thérapeute, Cécile d'entente avec François, écrit une lettre à sa mère qui réside dans une ville voisine pour l'inviter à venir les voir. La mère, inquiète de ce message, commence par téléphoner à la thérapeute, lui signalant qu'en raison de son état de santé précaire, elle ne peut se déplacer. Elle invite cependant sa fille et le médecin à se rendre à son domicile, où elle vit avec son troisième mari.

La perspective de cette importante rencontre a pour conséquence des difficultés relationnelles accrues dans la jeune famille. La thérapeute connote positivement (Selvini et al. 13), ces symptômes, montrant à François qu'il prouve ainsi à ses parents qu'il reste davantage leur fils, qu'il ne devient l'époux de Cécile ; et à Cécile, qu'elle se renforce dans l'idée qu'elle ne connaîtra jamais de sort meilleur que celui de sa mère, Masson (10).

Cette intervention provoque une rétro-action positive : François met en cause la poursuite des séances réservées à Cécile, propose de participer régulièrement à toutes les séances. Ceci indique un changement de fonctionnement dans le couple. En effet, la première tranche de thérapie conjugale s'était organisée à la suggestion du médecin. Dorénavant, François affirme son sentiment d'appartenance au couple devant le médecin. Il décide lui-même de poursuivre avec Cécile les discussions concernant leur relation dont commencent à être évoqués des aspects positifs. François se met à reconnaître son implication dans les crises qui conduisaient Cécile à l'hôpital ; il définit les entretiens de couple comme nécessaires et utiles pour éviter la répétition de leurs conflits jusque-là stéréotypés. Ce mouvement de François est très important ; il signifie que Cécile n'est plus désignée comme la malade seule responsable des difficultés familiales. François définit la position qu'il occupe dans sa famille d'origine et conçoit mieux la forme de son implication dans les relations à ses parents. Il comprend le souhait de Cécile qui veut retrouver sa mère. De son côté, il envisage de modifier ses rapports à ses parents.

Cécile retrouve sa mère

Cette séance de rejonction (Boszormenyi-Nagy 1), rassemble mère et fille qui ne se sont pas vues depuis cinq ans. La mère, Mme Y, tente

de se justifier à propos du passé. La thérapeute lui pose des questions précises, qui permettent à Mme Y de renseigner sa fille sur son propre vécu. Cécile apprend ainsi la détresse éprouvée par sa mère à la séparation d'avec ses enfants, et les reproches qu'elle s'est adressée de n'avoir pas assez lutté pour les garder. La jeune femme met sa mère au courant des difficultés majeures qui sont les siennes à rester de façon suivie en contact proche avec qui que ce soit. Elle met ces troubles en relation avec les multiples séparations vécues dans l'enfance. Elle n'accuse cependant pas sa mère, lui témoigne au contraire une attitude de compréhension pour sa situation de femme isolée, sans appui et qui avait perdu ses enfants. Mère et fille comparent leurs destins. "Je n'ai pas fait mieux que toi", dit Cécile tout en exprimant à sa mère son souhait de pouvoir vivre avec François et les enfants. La mère l'écoute et lui souhaite authentiquement de réussir sa vie de femme et de mère. Cette rencontre a permis à Cécile de constituer une image plus réaliste de sa mère et de la vie qu'elle avait connue, d'engager avec elle une relation qui s'est ensuite poursuivie et enrichie.

C'est durant cette période que se concrétise le désir exprimé depuis plusieurs mois par François et Cécile d'avoir encore un enfant. Le jour où a lieu la rencontre avec sa mère, juste avant la séance, Cécile parle au médecin de sa grossesse. Celle-ci se déroule harmonieusement. Les jeunes parents ont appris à négocier, parviennent à des compromis, font des projets communs et décident de se marier. Ils partagent les tâches ménagères, rééquilibrent leur situation financière ; Cécile implique son mari dans son travail professionnel. L'accouchement se passe bien, le bébé, Pierre naît en bonne santé ; Cécile et François établissent avec lui une relation très adéquate. Malgré l'existence des tâches représentées par les soins aux trois jeunes enfants, les conjoints s'accordent des loisirs qu'ils organisent en commun et qui leur procurent du plaisir. Ces nouvelles activités sortent la famille nucléaire de l'isolement social dans lequel elle se confinait. François et Cécile établissent des liens avec les familles du village où ils résident, invitent des amis à la ferme, acceptent d'être conviés et ont plaisir ensemble à ces échanges. Le traitement dure depuis deux ans et demi. Par moments, Cécile a de la peine à croire à la réalité de l'évolution positive de sa situation personnelle et conjugale. Elle exprime encore au médecin, l'angoisse qu'elle éprouve parfois à l'idée de retomber dans ses comportements antérieurs. La thérapeute lui fait remarquer qu'elle est maintenant en mesure de choisir entre les attitudes qu'elle veut adopter dans la vie et qu'elle a à se déterminer à cet égard. Cécile intègre progressivement la reconnaissance de ses capacités à gouverner ses comportements.

Durant cette phase située après le mariage, les relations des conjoints aux membres de leurs familles d'origine se modifient :

Changements dans la famille de Monsieur :

François obtient le respect de son statut professionnel dans l'entreprise familiale, signé par une augmentation importante de son salaire. Il a enfin pu révéler à ses parents les difficultés financières dans lesquelles se trouvait sa famille, en raison du traitement antérieur insuffisant qui était le sien. Dès lors un arrangement est possible avec les parents de François, qui permet au couple de régler les dettes et de vivre dorénavant sans accumuler de déficit. Cécile contribue d'ailleurs à équilibrer le budget en prenant un petit travail d'appoint. Elle a cessé de fuir les membres de sa belle-famille, et fait au contraire de grands efforts pour nouer contact avec eux. Elle leur amène les enfants et ose montrer sa compétence de mère.

Changements dans la famille de Madame :

La mère de Cécile témoigne sa grande satisfaction d'avoir retrouvé sa fille, en l'invitant avec François et les enfants chez elle, en acceptant les invitations à se rendre en compagnie de son mari à la ferme. Cécile se rassure à travers ces expériences nouvelles. D'une part, elle constate que sa mère est sortie des situations de détresse, et qu'elle vit paisiblement avec son mari. D'autre part, elle se vit gratifiante pour sa mère, dans la mesure où elle lui offre la possibilité d'assumer son rôle de grand-mère, auquel Mme Y prend plaisir.

Catamnèse :

L'évaluation catamnétique a été conduite au centre 57 mois après le début du traitement, 9 mois après sa fin, au cours d'une séance rassemblant les cinq membres de la famille nucléaire.

François et Cécile se présentent à cette séance comme formant un couple harmonieux. Chaleureux l'un envers l'autre, ils échangent des sourires et des clins d'oeil. François se montre plus réfléchi et plus mûr ; Cécile est épanouie. Ils racontent à la thérapeute comment ils se partagent les tâches : Cécile est plus en charge de l'éducation des enfants, qui respectent son autorité, elle apprécie de recevoir maintenant plus de soutien de la part de François dans ce domaine.

L'observation des transactions entre les parents et les enfants, révèle un système de communication claire et directe. Il n'y a pas de coalitions pathologiques. L'autorité des parents est reconnue par les enfants et les frontières générationnelles sont bien définies. Les parents reconnaissent leurs compétences mutuelles. François et sa belle-fille Mireille, ont cependant encore parfois des difficultés à communiquer.

Les rapports entre les membres de la famille nucléaire et ceux de la famille élargie sont vivants et étoffés. François est satisfait de l'aménagement de sa situation professionnelle dans l'entreprise familiale. Ses rapports avec ses parents sont détendus. Sa mère dit-il, continue à se montrer intrusive. Mais dans la mesure où lui-même n'entre pas dans son jeu, les conflits sont évités. François sent sa position d'époux et de père de famille respectée par les membres de sa famille d'origine. Alors qu'il était auparavant chroniquement impliqué dans la relation conflictuelle existant entre son père et son grand-père paternel, il s'est triangulé et a organisé une confrontation directe entre les deux hommes, il les a engagé ainsi à trouver eux-mêmes les solutions utiles dans leur conflit. Les limites générationnelles se marquent maintenant clairement dans la famille de François, tandis que s'établissent des alliances fonctionnelles entre les représentants de sa génération. C'est ainsi que Cécile et François deviennent marraine et parrain de l'enfant né chez le frère de François. Cécile a abandonné ses attitudes méfiantes à l'égard de sa belle-famille. Elle encourage les contacts entre enfants et grands-parents paternels.

Depuis la fin du traitement, Cécile a fait face à des événements pénibles. Elle a été prévenue de la mort de son père sans avoir pu le revoir. Elle a été mise au courant des conditions lamentables dans lesquelles son père a fini ses jours, en visitant son appartement sale et misérable. Soutenue par François, Cécile a été active dans son deuil ; elle a rétabli des contacts avec son frère, qu'elle n'avait pas revu depuis une quinzaine d'années. Avec lui, elle s'est rendue chez leurs parents d'accueil, qui les ont très bien reçus. Ensemble ils ont commencé à corriger l'image négative qu'ils avaient gardée de ce placement nourricier.

François et Cécile, tout en faisant part de ces changements, sont également capables de métacommuniquer sur l'évolution de leur couple : ensemble ils ont acquis une sécurité, celle de pouvoir discuter ouvertement les problèmes conjugaux, familiaux, professionnels, et de trouver à eux deux les solutions. Cécile a encore des moments de tristesse et d'angoisse qui sont plus courts et moins pénibles qu'auparavant. Elle essaie d'y faire face seule, elle n'abuse plus d'alcool ni de médicaments. Les scènes de violence entre Cécile et François ont disparu. Cécile contribue maintenant à équilibrer les finances familiales ; l'aisance dont jouit le groupe est le résultat d'une alliance fonctionnelle entre les époux. Les activités de loisirs permettent aux conjoints de sortir ensemble et séparément. De larges contacts sont maintenus entre la famille et la communauté environnante.

Cécile et François ont des projets à court et à plus long termes. Ils prévoient de prendre une aide ménagère afin de permettre à Cécile de

passer plus de temps avec les enfants. Ils souhaitent construire une maison et aussi pouvoir une fois partir les deux en voyage ; ils réalisent qu'ils ont toujours été très sollicités par les enfants et que l'expérience d'un temps de vie à deux leur manque. Ils cherchent à anticiper ce que sera leur vie de couple lorsque les enfants adolescents prendront distance de la maison.

Situation des enfants :

Mireille, 9 ans est première de classe dans l'année de son âge. Très sociable, elle est appréciée par beaucoup de camarades. En bonne santé physique, elle a encore parfois des moments de tristesse et communique plus difficilement que les deux autres enfants avec François. Ses rapports avec son père de sang se passent très bien. Mireille fait encore l'objet d'une mesure (théorique) de surveillance par le Service de Protection de la Jeunesse, dont François et Cécile vont demander la levée.

Nathalie, 6 ans, suit la deuxième classe enfantine. Elle est en bonne santé physique et psychologique, entretient de bons contacts avec ses pairs. Elle se montre parfois jalouse de Pierre et cherche alors un contact très proche avec sa mère.

Pierre, 3 ans, se montre un enfant gai et très bien développé. Pour les parents il est l'enfant le plus facile des trois. Les meilleures conditions psychiques qui étaient les leurs à la naissance de Pierre, expliquent cela, disent Cécile et François. Pierre, en effet n'a pas connu les scènes stressantes vécues par Mireille et Nathalie, ni les ruptures relationnelles occasionnées par les hospitalisations de la mère.

Conclusions :

Ce travail illustre un mode d'intervention préventive ponctuelle auprès d'un groupe familial "à haut risque". La famille engagée dans les transactions pathologiques chroniques, exhibait des symptômes à travers les comportements de chacun de ses quatre membres en début de cure. Les symptômes les plus aigus et les plus vitalement menaçants pour tous les membres de la famille, étaient présentés par la patiente désignée, engagée dans une carrière psychiatrique depuis plus de dix ans lors de l'entrée en traitement. Cette malade avait perdu toute confiance en elle-même et tout espoir dans la possibilité de se soigner. Elle ne concevait comme "solution" que le suicide individuel ou collectif. Son ami n'était pas plus motivé à entrer en thérapie. L'auteur décrit com-

ment elle a pu surmonter cette première difficulté et progressivement induire l'entrée en thérapie de tous les membres de la famille. La présentation de l'équilibre morphostatique (Wertheim, 16) caractérisent ce groupe familial, permet de comprendre qu'une entreprise thérapeutique individuelle auprès de la patiente désignée eut été vouée à l'échec ou même eut conduit à une aggravation de la situation.

La conduite de tels traitements suppose de la part des thérapeutes, la maîtrise de la théorie systémique et de ses applications cliniques, la permanence du thérapeute, une disponibilité lui permettant au cours des premiers mois de cure de se déplacer à domicile en s'adaptant à des horaires exigeants. Le thérapeute est appuyé dans ce type de travail par d'autres institutions, comme cela a été le cas pour cette famille (Foyer pour mère et enfants). Il doit pour cette raison être à même de s'insérer fonctionnellement dans un supra-système de soins plus détendu et être entraîné à la collaboration interinstitutionnelle Masson (7, 9).

Ces thérapies préventives au long cours ont pour but d'induire des modifications successives dans la régulation du système familial. La préparation de chaque nouvelle étape demande une évaluation préalable du fonctionnement du système familial nucléaire et élargi et du supra-système (famille — soignants). L'attention des thérapeutes se concentre également sur les modalités de développement des enfants tout au long du traitement ; en effet préserver ou restaurer la fonctionnalité du développement psycho-affectif et instrumental des enfants, constitue un des buts et en même temps un moteur puissant dans la conduite de telles entreprises thérapeutiques, qui sont difficiles et comme dans ce cas dangereuses.

La thérapeute a évalué le temps dont elle a disposé pour conduire cette cure : environ mille heures durant la première année, cent heures au cours de la seconde (séances à un rythme hebdomadaire), et cent heures pendant les 48 derniers mois, ce qui correspond à un total de mille deux cents heures environ. Cet investissement s'il pèse lourd dans l'équilibre fonctionnel d'une petite unité de soins telle celle dans laquelle l'auteur est en activité, est en réalité économique si l'on considère que :

- la carrière psychiatrique de la malade désignée a été interrompue et la répétition des hospitalisations psychiatriques stoppée.
- la vie des protagonistes a été préservée.
- l'éclatement du noyau familial à travers des mesures de placement des enfants qu'eut dû prendre inévitablement le Service de Protection de la Jeunesse a été évité.
- le potentiel développemental de trois enfants a été préservé et la compétence de leurs parents pour les élever s'est affirmée.

- le groupe dans son ensemble évolue quatre ans et demi après le début de la cure, tel une famille qui connaît maintenant un confort affectif, existentiel et matériel, et entretient des échanges fonctionnels avec l'environnement familial et social.
- les membres de cette famille sont maintenant indépendants des instances psycho-sociales, ils ont rompu des liens avec ces instances qui avaient débuté à la génération précédente dans la famille de Madame.

Il apparaît que le travail psychiatrique préventif, destiné à permettre à de jeunes enfants nés dans un milieu familial à très haut risque, du type de ceux décrits par Myriam David (3), de trouver sans quitter leurs parents, des conditions existentielles protectrices satisfaisantes, est devenu possible grâce à l'apport théorique et technique des auteurs qui enseignent les manières d'influencer les écosystèmes familiaux.

Marceline Elöd

Unité de Thérapie Familiale et de Prévention
Service Universitaire de psychiatrie infantile
Rue Etraz 5 - CH-1003 Lausanne

RESUME

Ce travail décrit une intervention thérapeutique et préventive au long cours s'adressant à une famille à très haut risque, ainsi que les principes théoriques adoptés pour son élaboration stratégique. Les autres membres de cette famille, tous symptomatiques vivaient dans un régime transactionnel chroniquement pathologique. Les symptômes les plus aigus (vitalement menaçants) étaient présentés par la mère, patiente désignée, qui avait perdu tout espoir de guérir et ne concevait comme "solution" que le suicide individuel ou collectif. En quatre ans, le traitement a permis d'induire des modifications successives de la régulation métabolique de ce système familial et à ses membres de restaurer leur santé psychologique et physique. Les parents ont modifié leurs relations aux membres de leurs familles d'origine et sont devenus compétents dans la gérance de leurs relations conjugale et parentale. Le potentiel développemental physique et psycho-affectif des enfants a pu aussi être préservé, et leur placement évité. L'évaluation catamnastique conduite neuf mois après la fin du traitement, montre un groupe familial qui reste dorénavant indépendant des instances psychosociales, connaît un confort affectif, existentiel et matériel, et entretient des échanges fonctionnels avec l'environnement familial étendu et social.

Cette expérience thérapeutique démontre les possibilités qu'offrent les théories et techniques de thérapie familiale pour désinstitutionnaliser de jeunes groupes familiaux vivant des échanges très pathologiques et chroniques, et permettre aux parents de trouver les moyens d'assumer pleinement leurs compétences non révélées jusque-là.

SUMMARY

This paper describes a long term therapeutic and preventive intervention in a high risk family. We will also elaborate the theoretical framework used in such an approach.

Each of the 4 members of the family is symptomatic. They all share a chronic pathological transactionnel system. The mother is the person having the most acute symptoms. She is the identified patient who had lost all hope of getting cured. The only "solution" she could think of was an individual or collective suicide. By inducing various changements and regulations, the 4 years treatment allowed the family system and each member to reestablish his physical and psychological health. The parents modified their relations to their families of origin. They became competent as parents and as a couple. We managed to preserve the children's physical and psycho-affective development and they could continue living with their parents without being placed. The catamnestic study 9 months after the end of the treatment shows that the family lives independently from psychosocial assistance. They function well affectively and materially. They live in good relationship with the enlarged family and the social environment.

This therapeutic experience demonstrates how it is possible to keep very disturbed young families away from psychosocial institutions with the help of family therapy techniques. The goal is to let the young parents find the necessary resources in themselves and become competent.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOSZORMENYI-NAGY, I. ; SPARK, G. : *Invisible Loyalties*. New York, Harper and Row, 1973.
2. CAPLAN, G. : *Principles of preventiv psychiatry*. Basic Books, New York, London, 1964.
3. DAVID, M. ; et all. : "Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique : une tentative de réponse". *Psychiatrie de l'enfant*. Vol. 24, No 1, pp. 151-196, 1981.
4. HALEY, J. : *Strategies of Psychotherapy*. Grune and Stretton, New York, 1963.

5. HALEY, J. : *Incommon Therapy : The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*. W.W. Norton and Company, Inc., New York, 1973.
6. KEMPE, C.H. ; HELFER, R.E. : *L'enfant battu et sa famille*. Ed. Fleurus, Paris, 1977.
7. MASSON, O. : Les thérapies familiales en prévention infantile. *Génitif I*, No 4, pp. 17-19, Sept. 1979.
8. MASSON, O. ; FANKHAUSER, M.-H. : Travail avec les familles multi-institutionnalisées. *Bulletin de thérapie familiale de langue française*, No 2, pp. 15-16, Janv. 1980.
9. MASSON, O. : Mauvais traitements envers les enfants et thérapie familiale. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 6, 1982.
10. MASSON, O. *Cycle vital familial et théories des systèmes*. A paraître.
11. MINUCHIN, S. *Families and family therapy*. Cambridge, Massachussets Harvard University Press, 1974.
12. MINUCHIN, S. : *Families of the Slums ; an exploration of their structure and treatment*. New York, Basic Books, 1967.
13. SELVINI-PALAZZOLI, M. ; BOSCOLO, L. ; CECCHIN, G. ; PRATA, G. ; *Paradoxe et Contreparadoxe*. Ed. ESF, 1979.
14. VAN DIJCK, R. ; KEES VAN DER VELDEN et all. : *Directive thérapie*. Sociale Bibliothek. Ed. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.
15. WATZLAWICK, P. ; WEAKLAND, J.H. ; FISCH, R. : *Changement, paradoxe et psychothérapie*. Le Seuil, Paris, 1975.
16. WERTHEIM, E.S. : The science and typology of family systems II. Further theoretical and pratical considerations. *Fam. Proc.* Vol. 14.3, pp. 285-309, 1975.
17. WYNNE, L.C. ; SINGER, M.T. : Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, pp. 205-220, 1958.

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones

Comité de rédaction : Guy AUSLOOS, Lausanne — Jean-Claude BENOIT, Paris — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — Jean-Jacques EISENRING, Genève — Jacqueline PRUD'HOMME, Montréal.

Comité scientifique : C. BRODEUR, Montréal, Ph. CAILLE, Oslo, M. DEMANGEAT, Bordeaux, A. DESTANDAU, Menton, J. DUSS-von WERDT, Zürich, P. FONTAINE, Bruxelles, L. KAUFMANN, Lausanne, J. KELLERHALS, Genève, S. LEBOVICI, Paris, J.-G. LEMAIRE, Versailles, D. MASSON, Lausanne, A. MENTHONNEX, Genève, † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer, R. NEUBURGER, Paris, Y. PELICIER, Paris, R.P. PERRONE, St Etienne, F.X. PINA PRATA, Lisbonne, † J. RUDRAUF, Paris, P. SEGOND, Vaucluse, J. SUTTER, Marseille, M. WAJEMAN, Paris, P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à

Dr J.-J. Eisenring
Hôpital psychiatrique
CH - 1633 Marsens (Suisse)



- Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **THERAPIE FAMILIALE** pour l'année 198.....
- Abonnements individuels: **55 francs suisses - 150 francs français**
- Collectivités, bibliothèques, abonnements collectifs: **65 francs suisses - 175 francs français**

Modalité de règlement :

Sur la base de ce bulletin de souscription, nous vous enverrons une facture en précisant les modalités du règlement suivant la réglementation propre à chaque pays.

EDITIONS MEDECINE et HYGIENE

C.P. 229 - 1211 GENEVE 4 — C.C.P. 12-8677 GENEVE

Société de Banque Suisse, agence des Eaux-Vives, 1211 GENEVE 6, C. 622 803.

Nom et prénom :

Adresse :

N° Postal Ville

Date :

Signature :

LA THERAPIE FAMILIALE DANS L'ALCOOLISME ET LES AUTRES TOXICOMANIES : BREVE REVUE DE LA LITTERATURE AMERICAINE*

Guy AUSLOOS

Les travaux américains sur l'approche familiale de l'alcoolisme et des toxicomanies se multiplient actuellement et il serait vain de vouloir les reprendre tous. En particulier, deux livres récents, celui de Kaufman (15) et celui de Stanton (22), présentent un état de la question assez complet. Leur richesse empêche cependant de les résumer et l'on ne peut que renvoyer le lecteur à ces ouvrages fondamentaux.

Notre ambition sera bien plus modeste : présenter un choix parmi les articles les plus intéressants parus ces vingt dernières années, pour permettre au lecteur un rapide survol de la question. Pour effectuer le tri, nous avons pu bénéficier de l'ordinateur de l'Université de Montréal qui nous a permis un accès facile aux banques de données. Il n'en demeure pas moins que notre choix reste arbitraire et que nous en prenons la pleine responsabilité.

Dans la mesure où l'alcoolisme concerne plus souvent des familles dont le patient-désigné est un des parents, nous avons préféré présenter cet exposé en deux parties traitant séparément de l'alcoolisme et des toxicomanies. Ceci ne signifie pas que nous estimions que les systèmes familiaux des alcooliques ou des toxicomanes soient fondamentalement différents. Nous sommes bien conscients d'ailleurs du fait que l'alcoolisme des jeunes pose actuellement des problèmes fort préoccupants. Nous rencontrons d'autre part de plus en plus fréquemment des familles dont un ou les deux parents sont alcooliques et un enfant toxicomane. Pour la clarté de l'exposé nous avons cependant préféré maintenir la distinction.

I. Dimension familiale de l'alcoolisme

1. Une relation symétrique et paradoxale :

Pour introduire le sujet, je voudrais rappeler l'étude de Bateson (6) parue dans *Vers une écologie de l'esprit*. C'est probablement un des premiers travaux qui envisage l'alcoolisme d'un point de vue systémique

* Ce texte a paru précédemment dans *Les cahiers du GREAT*, 2 : 5-36, 1981. Il a été repris et complété par l'auteur pour la présente parution.

et communicationnel. L'auteur s'est intéressé au fonctionnement des Alcooliques Anonymes en se demandant comment il était possible qu'ils réussissent là où la plupart des autres échouent. Il constate que la famille de l'alcoolique et ses thérapeutes cherchent à en appeler à sa volonté, à sa capacité de résister à la tentation. Ils cherchent à mobiliser sa force potentielle, alors que les Alcooliques Anonymes font exactement l'inverse puisqu'ils assurent qu'il doit toucher le creux de la vague, qu'il est incapable de résister aux risques, qu'il est essentiellement faible face à l'alcool.

Le sentiment de fierté, sorte de défi qui l'habite et son amour-propre toujours menacé l'entraînent avec ses compagnons de boisson, à une espèce de rituel qui doit empêcher qu'il ne soit le perdant. "Je paie la tournée", dit-il, "tu paies la seconde", et "on doit boire le même nombre de verres", sans quoi cela ne va pas ! Selon Bateson (6), il s'établit dans cette première phase, une *symétrie*, c'est-à-dire une relation *fondée sur l'égalité*, même s'il y a là un défi implicite parce que sans doute chacun aimerait boire un verre de plus que l'autre, ou que, comme l'expriment Watzlawick et coll. (25), chacun souhaiterait "être un peu plus égal que l'autre".

Mais si par la suite l'alcoolisme devient individuel, solitaire, y a-t-il encore un "autre" dans le système ? Oui, dit Bateson, et il émet l'hypothèse du défi à la bouteille à laquelle on veut résister. L'alcoolique, en fonction de son sentiment de fierté et pour prouver qu'il est fort, doit boire. S'il ne boit rien, il ne prouve rien quant à sa force de résistance. Au fond : "Quand je pourrai boire et m'arrêter, quand je pourrai contrôler mon comportement, j'aurai gagné. Donc, pour bien voir si je peux toujours tenir face à la bouteille, si je suis aussi fort qu'on le prétend, il faut que je reboive un verre." Bateson décrit ce jeu d'aller et retour entre des périodes d'abstinence et des périodes d'ivresse comme une espèce de *jeu paradoxal*.

Les Alcooliques Anonymes vont saboter ce jeu illusoire entre la bouteille et l'alcoolique. Ils lui prouveront que la bouteille est plus forte que lui, qu'il est faible, qu'il est un malade, que seul le groupe qui l'entoure l'empêchera de flancher. Les Alcooliques Anonymes en se soutenant, peuvent résister. Ils sabotent ainsi la fameuse fierté, le défi, le paradoxe, le besoin de se donner des preuves. En termes plus systémiques, on pourrait dire que le défi symétrique que l'alcoolique avait avec son partenaire d'alcoolisation, devient un défi symétrique avec la bouteille et que les Alcooliques Anonymes le transforment en une complémentarité. *La complémentarité est une relation fondée sur la différence au lieu d'être fondée sur l'égalité*. Les Alcooliques Anonymes montrent à l'alcoolique que ce sont les autres, Dieu, le groupe A.A. qui seront plus forts que la bouteille et non lui seul.

Ce qui est surtout important dans la méthode des Alcooliques Anonymes, c'est qu'ils sabotent non seulement le défi symétrique, mais le paradoxe inhérent à ce défi. Il y a donc passage à une vision purement complémentaire du rapport de l'alcoolique à son alcoolisme.

En pensant à l'étude de Bateson, une chose encore apparaît qui mérite d'être signalée dès maintenant, une autre complémentarité : celle du *couple dans lequel l'un des partenaires est alcoolique*. Apparemment, la personne forte dans ce couple sera celle qui ne boit pas. L'alcoolique est le malade, le conjoint sera la personne capable, responsable, saine. Dans cette différence, dans cette complémentarité apparente, on va retrouver un paradoxe : celui des deux qui arrive à ne pas boire et à mener une vie normale, est en même temps celui qui demande sans cesse à l'autre d'arrêter de boire et qui échoue dans sa démarche. Le paradoxe, dans cette situation, c'est que chaque fois que l'alcoolique boit, il perd puisqu'il devient inférieur à l'autre ; mais il l'emporte sur l'autre, qui n'arrive pas à le désintoxiquer. Il perd et il gagne, comme inversement son partenaire gagne et perd. La complémentarité n'est donc qu'apparente et ils sont en fait dans un rapport de symétrie puisque le match est nul.

Nous, comme thérapeutes, sommes très souvent pris dans ce paradoxe-là. Chaque fois que notre client boit, il se montre plus fort que nous et nous met en échec. C'est à nouveau un défi et si nous restons dans cette position paradoxale de rivalité symétrique, nous ne pourrions vraisemblablement pas aider notre patient. Il est important d'être très attentif à ne pas accentuer ce défi symétrique car il risque d'aboutir à une complémentarité où nous serons perdants. Nous devons donc tenter de nous débarrasser de la position de "sauveur" dans laquelle nous sommes bien trop souvent, comme travailleurs sociaux, comme thérapeutes, qui s'occupent d'autres personnes et qui se présentent avec toute leur panoplie de parfaits secouristes ! On a la bouée de sauvetage, on a la barque, on rame bien et on se trouve face à des gens qui habituellement n'ont pas envie d'être sauvés, qui nagent bien et prétendent se débrouiller seuls. Alors le sauveur est souvent déçu, il entre dans un jeu qui lui est préjudiciable et qui ne l'est pas moins pour la personne qu'il a envie de sauver.

2. Le système alcoolique

Une autre étude m'a beaucoup apporté : celle de Steinglass (23). Cet auteur commence par renverser quelques idées reçues. L'idée par exemple que l'alcoolique est un solitaire, une épave, un vagabond. Ce n'est là, en effet, que la phase ultime de certaines formes d'alcoolisation dont les services sociaux ont à s'occuper. Aux USA, l'alcoolisme inter-

mittent et mondain, l'alcoolisme des affaires chez des gens qui fonctionnent relativement bien, est important ; aussi important, si ce n'est plus, que l'autre. Nous trouverons d'ailleurs le parallèle des alcooliques socialement bien intégrés parmi les adolescents toxicomanes de milieux aisés.

Deuxième constatation : au cours de l'histoire, l'alcoolisme a été envisagé d'abord comme une faute morale. Au début du siècle, par exemple, divers mouvements (Croix-Bleue, etc.) étaient profondément convaincus de cette idée. Puis on a passé à une autre étape en considérant l'alcoolisme comme une maladie dont on peut diagnostiquer les symptômes, rechercher l'étiologie et préciser le pronostic ainsi que les éventuelles possibilités de traitement. Ce n'est que tout récemment que l'on a abandonné ces deux positions, nous dit Steinglass. Dans les deux cas, on avait centré l'attention sur l'individu : c'était l'individu qui commettait une faute, c'était l'individu qui était malade. Des études publiées durant les années 70, se placent par contre à un niveau plus systémique. Selon qu'elles viennent de sociologues, elles insistent davantage sur l'aspect social et environnemental de l'alcoolisme, ou qu'elles viennent de thérapeutes, elles mettent en évidence plutôt l'aspect communicationnel et familial.

Troisième constatation de Steinglass : aux environs des années 50, on décrivait *la femme de l'alcoolique* comme fautive, comme perpétrant l'alcoolisme de son mari. Selon ces travaux, c'était l'épouse qui achetait à boire et qui servait son conjoint quand il rentrait ; c'était elle qui téléphonait au patron pour excuser les absences de son mari, qui faisait appel aux services sociaux et qui menaçait de quitter la maison si son époux ne cessait pas de boire, ce qui ne l'empêchait toutefois pas de vivre vingt-cinq ans à ses côtés.

Les études actuelles, par contre, ne permettent pas de généraliser l'image de cette femme coupable. Steinglass se demande comment la notion de l'épouse coupable a pu remplacer celle de l'alcoolique coupable, et être accréditée. Vraisemblablement, parce qu'on voyait séparément le mari et la femme, individuellement, sans pouvoir vérifier leurs assertions. Lorsqu'on passe à un point de vue systémique, s'intéressant à l'ici et maintenant, on s'aperçoit que les choses sont bien différentes.

Mais ceci est le résultat de plus de vingt années de recherche qu'avec Steinglass nous retracerons brièvement.

3. Quelques étapes importantes :

Les deux premières étapes marquantes sont le fait de thérapeutes de groupe. Dès 1954, Gliedman (13) constitua deux groupes : l'un d'alcooliques, l'autre d'épouses d'alcooliques. Il partait de l'idée que la

relation de l'épouse à son mari n'est "pas une relation à sens unique", mais que la femme aide ou interfère avec le traitement de l'alcoolique.

Il apparût de façon très claire, que souvent la partenaire de l'alcoolique était dépressive. On pouvait donc se demander si l'on trouverait chez l'alcoolique lui-même une forme parallèle de *dépression*. Ce fond dépressif, en effet, existe. Dès lors, la relation qui s'établit entre les deux partenaires, n'est plus à sens unique mais elle devient circulaire : les sentiments de l'un induisant ceux de l'autre et vice versa. Tant que le thérapeute n'aura pas touché à la dépression de l'alcoolique et de son partenaire, le traitement sera probablement voué à l'échec ou en tout cas, restera dans ses effets très temporaire.

De même, le pronostic est lié à l'augmentation de la satisfaction conjugale. Lorsque le fonctionnement du couple n'était pas amélioré, le pronostic, quelle que soit la durée de l'abstinence, restait mauvais. Par contre, lorsque le couple se portait mieux, les rechutes elles-mêmes n'avaient plus la même importance, elles duraient moins et les possibilités de les gérer étaient infiniment plus grandes. La notion de "*milieu conjugal*" voyait le jour.

La réduction de la dépression, tant de l'homme que de la femme, et l'augmentation de la satisfaction dans le couple deviennent donc des paramètres au moins aussi important pour évaluer la réussite thérapeutique que l'abstinence.

En 1961, Ewing (12) propose à des maris de femmes alcooliques de participer à un travail de groupe. Il fait la même proposition à des femmes d'alcooliques. Résultat intéressant : aucun des maris de femmes alcooliques n'accepte ; par contre, les femmes d'alcooliques sont en majorité d'accord avec la formule proposée. On peut se demander si les hommes ont davantage besoin d'avoir un conjoint alcoolique que les femmes. Quoiqu'il en soit, le groupe des femmes dont le mari est alcoolique se constitue, et Ewing constate qu'en soignant un alcoolique dont la femme participe à un groupe, il accepte plus volontiers le traitement, il le poursuit plus longtemps, il parvient à mieux contrôler sa consommation d'alcool à long terme, et la situation conjugale gagne en harmonie.

En 1968, Ewing et Fox (12) passent à une vue plus systémique du problème. Ils décrivent l'alcoolisme d'un membre de la famille comme un mécanisme homéostatique qui permet à la famille, dans son ensemble, de maintenir un certain équilibre et de résister aux changements. Ils constatent également que là où l'un des conjoints est alcoolique, "le couple passe un contrat interpersonnel par lequel les besoins de dépendance passive de celui qui est alcoolique sont encouragés par les besoins de protection et de maternage actif de l'autre". Nous retrouvons un peu l'idée défendue vers 1950 de la femme qui induit son mari à boire. Mais

on souligne maintenant que les deux partenaires ont des besoins à combler, l'un de passivité, l'autre de domination. *"L'homéostasie familiale émotionnelle semble perpétuer l'alcoolisme.* Par conséquent, il faudrait modifier ces comportements si l'on voulait contrôler l'ingestion de boisson".

En 1971, Steinglass (23) et ses collaborateurs tentent une recherche intéressante. Comme les observations traditionnelles ne portent que sur des situations de crise ou sur des phases sans alcoolisation, les auteurs décident d'étudier "expérimentalement" l'alcoolique et les membres de sa famille en les réunissant autour d'une bouteille pour observer le comportement de l'éthylique pendant qu'il ingère de l'alcool.

Préalablement, on demandait aux membres de la famille comment ils pensaient que le patient allait réagir à la boisson. Habituellement, la famille prévoyait que l'absorption de boisson entraînerait des disputes, des tensions, de la dépression. Or, le résultat était inverse. Les membres de la famille se rapprochaient les uns des autres, les échanges devenaient chaleureux et l'animation plus grande lorsque le patient était autorisé à boire. Certes, la famille n'avait pas menti en parlant des effets nocifs de l'alcool, mais elle n'avait certainement pas été attentive aux aspects positifs de l'alcoolisation, tout comme il nous arrive en d'autres situations de nous laisser enfermer dans un point de vue et de ne plus être aptes à d'autres perceptions.

A la suite de cette expérience, les chercheurs décidèrent une modalité thérapeutique qui se déroulerait en trois phases. Première phase : deux semaines de traitement de groupe pour l'alcoolique, à raison de deux heures, trois fois par semaine. Deuxième phase : dix jours d'hospitalisation pour le couple en "appartement simulé". Le couple dispose d'un studio dans lequel les deux partenaires sont hospitalisés. Pendant les sept premiers jours, on leur distribue l'alcool à volonté. Les femmes, durant cette période-là, bénéficient d'un travail de groupe. Troisième phase : c'est la postcure qui dure trois semaines, pendant lesquelles le couple, cette fois, bénéficie d'un travail de groupe deux fois par semaine. Enfin, pendant six mois, les groupes se retrouvent toutes les six semaines.

Il s'agissait là d'un groupe de patients de milieux relativement aisés, socio-professionnellement bien intégrés, suivis d'ordinaire par leur médecin traitant et que les institutions ne voient pas en général. Relevons que dans cette situation, l'intoxication alcoolique, au lieu d'être nécessairement combattue, pouvait être utilisée, parce qu'elle permettait de révéler des transactions très importantes dans le couple. D'emblée la thérapie concernait le couple. On les hospitalisait tous deux et on évitait ainsi la complémentarité des partenaires au profit d'une

position symétrique. Tous deux avaient le statut de patients. Les auteurs insistent, par cette méthode, sur une amélioration du fonctionnement familial bien plus que sur la réduction de l'abus de l'alcool. C'est un point fondamental, car toute fixation sur le symptôme contribue à en augmenter la gravité. On cherche donc surtout à améliorer la relation, le fonctionnement familial.

Steinglass et ses collaborateurs sont donc amenés à constater l'existence du système alcoolique. *Dans ce système, l'alcoolique stabilise le fonctionnement de l'ensemble, bien plus qu'il ne le désorganise.* Face aux excès de boisson, par exemple, chacun des membres peut prévoir le déroulement des événements. Même si l'on préférerait que les choses se passent autrement, il est moins angoissant d'être préparé à ce qui doit se passer. *L'alcoolique, par son comportement, réduit donc les incertitudes.* L'alcoolique, en outre, *aide à maintenir la cohésion familiale.* Quand tout va mal, la mère, les enfants se rapprochent et s'entraident. On fait bloc pour aider la mère à assumer ce pauvre père alcoolique. Il y a donc bien augmentation de la cohésion de la famille.

Enfin, par son symptôme, *l'alcoolique reflète l'état de stress de l'ensemble du système.* Bien sûr, lorsqu'un alcoolique est en période d'ivresse, il crée la tension autour de lui, mais il est en même temps la tension personnifiée. Il met en scène la tension familiale par son alcoolisme.

En 1974, Davis (11) et ses collaborateurs insistent, en outre, sur l'attention qu'on doit prêter au maintien de l'homéostasie du système. Il ne faut pas se demander pourquoi tel et tel est alcoolique, mais c'est bien *sur le comment* qu'il faut focaliser son regard : comment l'alcool aide-t-il à maintenir ce système ? Comment l'alcoolique se place-t-il dans le système ? Comment contribue-t-il à diminuer les incertitudes ? Comment stabilise-t-il la famille ? Comment augmente-t-il la cohésion du groupe ? En me demandant comment boit le patient maintenant, je vais probablement voir l'alcoolique de façon différente. Il ne sera plus seulement un inadapté. Davis affirme même que *l'abus d'alcool peut avoir des effets adaptatifs.* Cela explique la persistance des abus et permet de comprendre les récidives.

Au niveau thérapeutique, il est plus efficace de se préoccuper du comment que du pourquoi. *Comprendre quelle est la fonction adaptative spécifique du comportement alcoolique permet d'aider le patient à trouver une autre manière de s'adapter sans utiliser d'alcool.* Si l'alcoolique utilise ces abus pour renforcer la cohésion familiale, par exemple, comment le soignant peut-il obtenir le même résultat sans que le patient ait besoin de boire ? Comment peut-on changer les règles du jeu ?

Par la suite, Laqueur (16), dans le cadre de sa *thérapie multifamiliale*, réunit vingt couples d'alcooliques dans une même salle pendant

deux heures, une fois par semaine, et il obtient avec cette technique des résultats satisfaisants.

Je voudrais encore parler des perspectives un peu différentes ouvertes en 1974 par Bowen (10). Lorsqu'il passa à l'étude de l'alcoolisme, il le décrit comme une pathologie liée au degré de différenciation de soi, au degré de maturité émotionnelle de l'individu.

L'alcoolique, parce qu'il n'est pas parvenu à se différencier suffisamment de son système familial d'origine, est resté dans un état de relative immaturité émotionnelle et a, par là même, une certaine difficulté à communiquer ses émotions aux autres. "Un époux devient le dominant de l'autre, celui qui est adaptif devient "programmé" pour renforcer le conjoint plus dominant qui prend les décisions". Si par contre, les partenaires refusent de jouer ce jeu dans le couple, ils risquent de "projeter leur immaturité sur un ou plusieurs de leurs enfants", en faisant de lui le patient désigné, en déclarant qu'il est immature. Du même coup, cela permet au couple de se sentir mature par comparaison. Cette dynamique peut se rencontrer également dans des familles de jeunes toxicomanes.

Bowen affirme qu'"un alcoolique" est quelqu'un qui s'accommode de son attachement émotionnel aux parents, plus particulièrement à la mère, par une position super-indépendante et qui dit : "je n'ai pas besoin de vous, je peux le faire moi-même".

Il y a derrière la façade de son indépendance un *déni du besoin de dépendance*. Là aussi, dit Bowen, nous verrons surgir deux comportements extrêmes. L'un conduira à un personnage qu'il appellera l'homme "locomotive", et l'autre au "réfugié dysfonctionnel" du système familial.

L'homme "locomotive" réussit bien, n'a jamais besoin des autres, vit dans un "splendide isolement", méprisant pour les autres, assume toutes les responsabilités, affiche ses succès, travaille sans relâche, *toxicomane du travail* (work addict). Mais le jour où la "locomotive" se met à patiner, on voit le même individu se verser un ou deux whiskies dès le début de la matinée, sombrer par la suite dans l'alcoolisme mondain et s'emparer de tous les prétextes pour s'adonner à une consommation abusive. A l'opposé de ce type de personnage, on trouve le "réfugié dysfonctionnel" du système familial, celui qu'on appelle communément "le pauvre type". C'est un homme qui au prix de ses échecs permet au système relationnel familial de fonctionner. Entre ces deux modes de réactions extrêmes à l'intérieur d'un système relationnel fusionnel dans lequel les individus sont insuffisamment différenciés, on trouvera, bien sûr, toute une gamme de comportements.

Sur le plan thérapeutique, Bowen insiste premièrement sur la nécessité de *calmer l'anxiété* : non seulement l'anxiété par rapport au patient désigné et à ses alcoolisations, mais l'anxiété du système familial, qui est sous-jacente, qui préexiste à l'alcoolisation abusive et qui l'a favorisée. Il insiste aussi sur la nécessité d'apaiser l'anxiété du thérapeute lui-même. En effet, comme le remarque aussi Steinglass, si le nombre des thérapeutes familiaux qui se sont occupés de familles d'alcooliques est si faible, c'est que les thérapeutes ont probablement peur face à un tel problème.

Bowen remarque en outre que, s'il n'est pas possible de travailler avec la famille, ni avec l'alcoolique lui-même, il faut essayer de travailler avec un des membres du système, en lui demandant de s'efforcer de changer quelque chose dans le jeu relationnel de la famille. Il devient ainsi une sorte de cothérapeute. Bowen a ainsi développé une technique qu'il appelle *thérapie de famille à un membre*. Travaillant alors avec un des membres de la famille (parfois même une fille ou un fils aîné), il garde tout le temps à l'esprit la vision du système familial tout entier.

Berenson (7) enfin, expose cinq paradoxes que le thérapeute de famille doit prendre en considération. Je les résumerai sous forme de préceptes :

1) *Eviter le piège de la causalité* : le patient a le droit de vous dire qu'il appartient à une famille d'alcooliques et que cela explique son alcoolisme. Il a le droit de s'accrocher à une cause pour se défendre. Mais nous, comme thérapeutes, ne le suivrons pas dans ses moyens de défense au risque d'être perdants.

2) *Percevoir dans une approche systémique qu'il y a toujours plusieurs niveaux à envisager* : un niveau familial, un niveau biologique, un niveau professionnel, un niveau social, un niveau culturel, etc.

3) *Utiliser la notion de responsabilité plutôt que de volonté* : quand je parle de responsabilité, ce n'est pas dans le sens juridique. Je veux que le patient sache qu'il est quelqu'un de responsable qui sera encore capable de choix. Je ne veux pas le traiter comme une épave, ni le mater, ce qui prolongerait le processus dans lequel il se trouve toujours. Il sera face à quelqu'un qui le prend au sérieux, ce qui va l'étonner. Et si on l'a étonné, on a déjà commencé la thérapie ! N'utilisons pas la notion de volonté. Les Alcooliques Anonymes la combattent également puisqu'ils se reconnaissent sans pouvoir face à l'alcool.

4) *Renoncer au rôle de secouriste* : si l'alcoolique appelle à l'aide, il dit en même temps : "Ne vous faites pas d'illusions, je ne vais pas me

laisser faire ! ” C’est un jeu dont nous connaissons les règles et dont les thérapeutes ressortent perdants, raison pour laquelle il nous faut essayer autre chose.

5) *Fixer des buts clairs et accessibles* : un système évolue dans le temps et il ne faut pas fixer la barre trop haut. On pourra la montrer progressivement.

Personnellement j’ajouterai encore qu’il faut impliquer le conjoint dans le processus thérapeutique, qu’il faut considérer l’alcoolisme comme une tentative d’adaptation à une situation donnée, qu’il faut redécouvrir la fonction positive de l’alcoolisme dans le contexte du système, qu’il faut briser la complémentarité relationnelle tant dans le système familial que dans le système thérapeutique que nous représentons.

II. Dimension familiale de la toxicomanie

Lorsque je me suis mis en quête de travaux concernant les toxicomanies et leurs implications familiales, j’ai trouvé 370 études. 74 d’entre elles relatent des expériences thérapeutiques alors que les autres sont consacrées à des questions théoriques ou à des études sociologiques. Dans ce texte, je m’appuierai principalement sur deux recensions qui passent en revue la littérature touchant ce domaine, le travail de Baither (5) et celui de Stanton (20). Ce dernier travaille depuis une dizaine d’années avec des toxicomanes et leurs familles. Il est probablement celui qui dispose de l’expérience la plus étendue et qui propose les théories les plus intéressantes. Il vient de les résumer dans un livre (22).

1. L’adolescent toxicomane

Pour débiter, je voudrais dépeindre *l’adolescent toxicomane* tel que le voit Hartmann (14) dans une optique individuelle et sous l’angle de la théorie psychanalytique du Moi. Le toxicomane souffre, dit-il, de défauts dans le développement de son Moi. C’est un adolescent dont le seuil de tolérance face à la frustration et à la souffrance est extrêmement réduit. Dans le passé, il n’a pu établir de relations d’objets satisfaisantes et n’en peut établir de meilleures dans le présent. Les contacts avec les personnes qu’il rencontre sont factices (pseudo-proximité) ; il tend à des relations fusionnelles ou pseudo-fusionnelles ; il est poussé par un besoin de trouver un soulagement magique à sa souffrance et à ses difficultés. Bref, il présente une tendance à des régressions archaïques. Ce qui me frappe chez Hartmann, dont l’œuvre jouit

d'une grande réputation dans le domaine de la psychanalyse en Amérique, c'est qu'il décrit le toxicomane en *creux*, en *termes négatifs*, montrant ce qu'il n'a pas, voyant ses incomplétudes, ses manques.

Peut-être, est-ce en effet ce qui saute d'abord aux yeux lorsqu'on voit un toxicomane : c'est tout ce qu'il n'arrive pas à faire. Mais en même temps, on oublie ce qu'il parvient à faire. Il arrive à se procurer de la drogue, ce qui ne va pas de soi. Cela sous-entend des démarches, des marchandages, des moyens . . . n'est pas toxicomane qui veut. Il parvient à manipuler les services sociaux, les services médicaux, la police, la justice, ses parents, ses amis, etc. Pour réussir toutes ces manipulations, il faut une compétence tout à fait remarquable. On pourrait donc parler du toxicomane en termes positifs.

J'ai trouvé dans la littérature une série de caractéristiques montrant qu'il peut être compétent et d'une certaine manière adapté et adaptatif. En fait, la masse des publications parcourues me permettra d'être bref car les portraits du toxicomane et de son milieu ont un aspect passablement répétitif.

2. Les parents, le toxicomane et le système familial

Aux Etats-Unis, entre autres, le problème des toxicomanes venant de familles encore unies, de familles sans divorce, de familles dont les parents fonctionnent et sont socialement adaptés est important. Le tableau qu'on donne le plus généralement de ces parents est celui d'une *mère ambivalente avec un père relativement passif*. J'ai choisi cette description-là plutôt que celle, décidément caricaturale, de la mère hyperpossessive et du père inexistant.

Le père relativement passif ou relativement absent c'est, par exemple, un homme très actif et complètement absorbé par des activités professionnelles importantes ; c'est un homme qui se saoule de travail à longueur de journée (*work addict*) et qui, de retour chez lui, n'est plus désireux d'être la locomotive et de prendre des responsabilités. Il demande en quelque sorte à son système familial de lui ménager une paix suffisante pour n'avoir pas besoin d'assumer encore : "Je vous ramène l'argent, demandez-moi autant d'argent que vous voulez, c'est très bien comme cela à condition que vous ne me fassiez pas d'ennuis à la maison." Ce n'est pas là un père falot, lâche, inexistant. Ce peut être un personnage comme nous en rencontrons souvent et dont on a de la peine à s'imaginer pourquoi il devient père de toxicomane : un père trop pris par ses affaires, qui donne assez facilement de l'argent à ses enfants sans trop se préoccuper de ce qu'ils en feront.

Tous les articles que j'ai consultés parlent de cette *complicité au niveau de l'argent* que les parents continuent de donner au toxicomane

comme s'ils n'avaient jamais pensé qu'il puisse être utilisé à la consommation de drogue. Parfois même, ils se risquent à une double démarche contradictoire : ils demandent une thérapie pour un enfant toxicomane et continuent à l'alimenter en argent.

Un certain nombre d'auteurs signalent, moins fréquemment il est vrai, que dans les familles de toxicomanes il n'est pas rare de voir utiliser les *punitions corporelles*. Pourtant, il faut nuancer cette caractéristique car l'importance attribuée à ces punitions est certainement très variable d'une région à l'autre, d'une société à l'autre. Au Québec, par exemple, si une mère gifle son enfant dans la rue, elle peut être dénoncée à la Protection de la Jeunesse. La punition corporelle y prend donc un poids qu'elle n'a probablement pas ailleurs.

On a fait encore une autre observation, plus subtile celle-là. *Les parents de toxicomanes manquent souvent d'intérêt pour les buts que leurs enfants poursuivent dans la vie*. Ils ne cherchent pas à connaître leurs projets et dans certains cas sont tout aussi incapables de percevoir qu'une partie du comportement de leur enfant peut avoir pour but de se procurer de la drogue. Le toxicomane consomme habituellement à la maison, au début plus particulièrement, et il faut se demander si ce n'est pas une façon, négative peut-être, d'attirer l'attention des parents sur le fait que, lui aussi, a des projets.

Presque tous les auteurs s'accordent à dire que *les premières prises de drogues, de médicaments, d'alcool se font dans le cadre de la famille*. Cependant, ils contestent, et je m'en suis étonné, l'hypothèse des parents présentés comme modèles de la toxicomanie juvénile. Il y a quelques années, des études avaient montré que chez les toxicomanes la proportion de parents consommant des somnifères, des antalgiques, etc. était comparativement plus grande que dans une population qui ne compte pas de toxicomanes. Ce que l'on peut mettre en question, ce ne sont peut-être pas les résultats de ces recherches, mais leur interprétation qui semblait signifier que les parents utilisant beaucoup de médicaments ou d'alcool pouvaient induire un comportement toxicomane chez leurs enfants. Ce peut être un facteur, mais il en faut beaucoup d'autres et le désintérêt des parents pour les aspirations de leurs enfants est un paramètre au moins aussi important.

On peut se demander, en outre, si le toxicomane n'est pas le *véhicule des impulsions antisociales de ses parents*. Plusieurs auteurs signalent ce phénomène et j'ai pu le constater fréquemment chez de jeunes délinquants (Ausloos, 1). Leurs parents, bien sûr, tiennent un discours qui condamne la délinquance. Mais en fin de compte, ils semblent être fiers des exploits de leurs enfants. Ce sont des parents qui ressentent dans leur for intérieur une certaine révolte sociale, un désir de critiquer le système établi, l'école, la propriété ; ce sont des contesta-

taires qui ne passent pas aux actes, contrairement à leurs enfants qui expriment ouvertement leur refus. On parle de manipulations inconscientes entre parents et enfants, et il semble qu'on ait pu retrouver ces mécanismes dans les familles "produisant" un adolescent toxicomane.

On remarque aussi une trop grande *permissivité de la part des parents de toxicomanes*. Il faudrait peut-être préciser, avec nombre d'auteurs, ce que cela peut signifier. Face aux multiples provocations des enfants dès le plus jeune âge, les parents peuvent se sentir démunis. Plus l'enfant avance en âge, moins ses parents se sentent capables de faire face et de fixer certaines limites. Cela conduit parfois l'enfant à une escalade qui peut aller jusqu'à laisser traîner de la drogue à la maison pour obtenir enfin une réponse des parents.

On signale également que *certains toxicomanes firent dans leur petite enfance l'expérience du désarroi de leurs parents en cas de maladies graves* ou d'états de détresse physique aiguë chez l'enfant. Plus tard, au cours de l'adolescence, ils retrouvent chez leurs parents les mêmes attitudes de panique lorsqu'ils consomment des drogues. Selon l'hypothèse qui en découle, ces enfants ont eu des parents qui ne s'intéressaient pas vraiment à eux, si ce n'est dans des moments de grave souffrance physique. Alors ils manifestaient un intérêt particulier, mais inopérant, parce qu'expression de leur désarroi. Nous voyons se répéter ces mécanismes face à un adolescent toxicomane.

Stanton souligne en outre que, dans beaucoup de familles de toxicomanes, *la majorité des interactions sont négatives*. On ne communique les uns avec les autres que pour transmettre des critiques ou pour disqualifier l'autre, de parents à parents, de parents à enfants, etc. Comme si une règle préétablie interdisait de dire quelque chose de positif. En creusant davantage, on peut découvrir que ce mode de communication familiale répondait probablement à un code implicite hérité des générations précédentes, comme s'il s'agissait d'une transmission intergénérationnelle de dévalorisation des individus et du système familial. Aussi faut-il nous garder en tant que thérapeutes, de répéter ce pattern familial car nous sommes tentés, nous aussi, de reprendre avec celui que nous devons aider, un discours chargé de connotations négatives, contribuant ainsi à aggraver son état et à rététer ce qu'il connaît déjà.

Stanton (20, 21) reprend aussi l'idée du *manque de consistance des limites imposées et du déni parental massif* de leur rôle éducatif. J'y songe à propos de différents types de comportement toxicomane de moindre gravité. La situation fréquente, où l'adolescent consomme à la maison des drogues légales comme l'alcool, illustrerait un déni paren-

tal massif. Par la suite, l'adolescent passerait aux drogues douces, mais illégales, puis aux drogues dures. Le système social et les institutions elles-mêmes participent souvent au même déni du rôle parental. Pour avoir longtemps travaillé dans des institutions, j'ai souvent été frappé du fait qu'en fin de compte on souhaitait essentiellement que la prise de drogue, s'il y en avait, se passe en dehors de l'institution et si les signes d'une prise de drogue n'étaient pas suffisamment patents, on se laissait berner avec complaisance, sans oser aborder ni clarifier la situation en vertu du même déni du rôle parental.

Nous avons vu avec Bowen, que certains parents projettent leur immaturité sur leurs enfants, ce qui leur fait courir des risques et pourrait être un facteur de toxicomanie. Face à la déficience parentale on assiste dans certaines familles à des phénomènes de *parentification*. Des filles prennent alors sur elles une partie des responsabilités du ménage. Des garçons se mettent à assumer le rôle du père, sans qu'il y ait lieu de penser nécessairement à l'inceste. Ils deviennent l'homme à la maison, le substitut du père. Ces enfants, dans certains cas, dépassés par le poids de ces rôles, deviennent toxicomanes, telle cette fillette de treize ans, Chantal, rencontrée à Montréal, qui la journée durant faisait en quelque sorte marcher la famille et toutes les nuits décompensait. La famille alors se vouait à son service car elle devenait incohérente, phobique, toxicomane et puis, le jour revenu, elle reprenait les rênes du ménage. C'est là une situation presque caricaturale de parentification.

En faisant l'anamnèse de certains toxicomanes on trouve, précédant la grande crise, des épisodes qui se sont déroulés un ou deux ans avant où ils jouaient ce rôle-là dans la famille. Il semble que ce soit plus fréquent chez les filles. Jusqu'à quinze ou seize ans, elles travaillaient bien, aidaient leur mère à la maison, la soignaient parfois, assumaient toute une série de fonctions parentales substitutives avant de glisser vers un comportement toxicomane.

Stanton signale enfin une caractéristique familiale à laquelle nous avons déjà fait allusion : *la fuite devant la confrontation*. On préfère, face à une menace, fermer les yeux, donner de l'argent, nier l'évidence.

J'ai, pour ma part, été amené à établir certains parallélismes entre le fonctionnement des familles de délinquants et celles des toxicomanes. J'ai constaté que dans les familles de délinquants les messages, la communication intrafamiliale, prenaient volontiers la forme de ce que j'ai appelé une *injonction contraire*. J'ai retrouvé ce même type d'interaction dans les études concernant les familles de toxicomanes. L'injonction que donnent les parents aboutit à l'effet contraire. S'ils disent par exemple : "nous avons toujours eu peur que notre fils devienne toxicomane et nous avons tout fait pour l'éviter . . . , etc.", ou "il ne

faudrait pas que je t'attrape à ramener de la drogue à la maison ! ", ils émettent, dans leurs craintes, un message qui est reçu différemment, un message qui transmet à l'enfant le contraire de ce qu'ils voudraient consciemment communiquer. L'enfant se dit que la drogue et la toxicomanie doivent être terriblement intéressantes pour que les parents s'en fassent un tel souci et y attachent une telle importance. Il faut donc qu'il essaie. J'ai trouvé ce même genre d'injonction contraire chez des parents qui craignaient de voir leur fille se prostituer : "si tu continues à t'habiller comme tu le fais, tu finiras comme prostituée ! " disaient-ils.

Enfin j'ai trouvé très souvent dans les familles de toxicomanes des *secrets de famille* (Ausloos, 2). Chez un adolescent devenu héroïnomane et trafiquant, une thérapie familiale révéla que dans le secret, les parents étaient d'importants consommateurs de marijuana. Leur fils avait commencé par leur voler de la drogue, non pour la consommer mais pour la vendre. En outre, la thérapie permit de découvrir un secret à mon avis bien plus lourd encore et tenu totalement caché : il n'était pas le fils de son père. L'homme qui était devenu le mari de sa mère avait accepté d'assumer sa paternité, mais la relation était demeurée très ambivalente.

Il est certain que des secrets de cet ordre paralysent, barrent la communication à toute sorte de niveaux. Si je suis le père tout en ne l'étant pas alors que je sais ne pas l'être tout en l'étant, j'aurai de la peine à poser des limites à celui qui est mon fils sans l'être tout en l'étant. J'aurai probablement de la peine aussi à prendre ma place de père dans ce système familial et à prendre ma place d'époux dans ce couple, etc.

3. Considérations thérapeutiques

Au niveau thérapeutique, deux approches dont nous n'avons pas encore parlé méritent d'être abordées ici ; nous en développerons ensuite une troisième qui nous est personnelle.

3.1. *L'approche intergénérationnelle systémique développée par Boszormenyi-Nagy*

Dans son livre sur les loyautés invisibles (9), cet auteur fonde sa théorie sur le fait que nous avons un certain nombre de *dettes* à l'égard des gens avec lesquels nous vivons. Nous pouvons en tenir une comptabilité. D'une part nous avons beaucoup reçu, ce sont des dettes d'amour. D'autre part nous avons espéré en vain recevoir, ce sont des dettes de haine. Parfois même notre compte est alimenté par des dettes positives ou négatives héritées de la génération précédente. On se voit

ainsi attribuer certaines missions qui se transmettent de génération en génération. Elles sont basées sur des *dettes intergénérationnelles*. Ces dettes peuvent être à l'origine de comportements pathologiques, de maladies, etc.

Pour décrire ce phénomène de dettes chez les adolescents, Stierlin (24) utilise la notion de *délégation*. Dans le terme de délégation, l'étymologie permet de découvrir deux sens : le verbe latin "legare" qui signifie lier, le substantif "lex" qui signifie la loi. Un délégué est lié par la loi. Il est obligé d'accomplir certaines choses, d'adopter certaines attitudes (de loyauté envers le système familial par exemple), sinon il transgressera une espèce de code d'honneur par rapport à sa famille. Ces délégations peuvent apparaître de façons très variées. Elles peuvent prendre forme dans des actes antisociaux à l'extérieur de la famille, mais aussi se manifester à l'intérieur, au dedans de l'individu. Elles peuvent avoir des effets positifs mais aussi absolument destructeurs.

En lisant *Mars*, le livre de l'auteur zurichois Zorn (27), je n'ai pu m'empêcher d'y voir l'illustration de semblables délégations aboutissant à la production du cancer. Stierlin avait en effet émis l'hypothèse qu'un certain nombre de cancéreux pourraient être liés à leur système familial qui les obligerait en quelque sorte, par délégation, à enclencher, dans leur propre corps, un processus d'autodestruction. Dans son livre, Zorn, probablement sans connaître les écrits systémiques, donne un exemple qui illustre la théorie de Stierlin.

Par rapport à la toxicomanie, il pourrait aussi y avoir cette délégation de dettes transmises de génération en génération. Lorsqu'on travaille dans l'optique de Boszormenyi-Nagy (9), on tente, en impliquant la famille d'origine, d'ouvrir ce "registre de mérites" ou de dettes pour permettre au titulaire de le déchiffrer, de le gérer et de se libérer de cette délégation de fonctions.

3.2. *L'approche structurale inspirée principalement de Minuchin*

L'approche structurale de Minuchin (17) s'applique particulièrement bien aux problèmes des toxicomanes. Elle repose sur l'idée que dans beaucoup de familles dysfonctionnelles, les frontières entre les générations ne sont plus clairement tracées. Si l'on essaie d'établir une *carte de la famille*, on peut obtenir par exemple, le schéma hiérarchique suivant :

$$\frac{P - M}{E_1 - E_2 - E_3}$$

P = père

M = mère

E = enfant

A la tête de cette famille se situent le père et la mère qui établissent une frontière entre eux et leurs enfants. Or, dans une famille dont le père très occupé ou malade est absent, on découvre que les niveaux de la hiérarchie entre les générations ne sont plus respectés. Ces structures modifiées sont celles que l'on rencontre dans des familles de toxicomanes. Il arrive alors que la mère cherche l'appui de l'aîné de ses enfants et que le père se déresponsabilise. Cela donnera le schéma suivant :

$$\frac{M - E_1}{P - E_2 - E_3}$$

Ou bien, si la mère est dépressive et se sent dépassée par l'éducation des enfants, le père assume parfois seul les responsabilités familiales. Cela donnera alors le schéma :

$$\frac{P}{M - E_1 - E_2 - E_3}$$

Minuchin, lorsqu'il parle de thérapie familiale structurale, entend dans son traitement agir sur les structures familiales. Face à la situation dysfonctionnelle que nous venons d'évoquer, par exemple, il cherchera à *rééquilibrer la structure*, à la *rebalancer* en renforçant le couple, en tentant de diminuer l'écart entre la position de la mère et la position du père. Cela modifiera automatiquement les rôles des enfants et permettra de décharger celui qui a le plus souffert de ce déséquilibre familial.

Le fait est que ces schémas dysfonctionnels se retrouvent fréquemment dans les familles "produisant" un enfant toxicomane. Il y a des familles dans lesquelles les rôles sont tellement enchevêtrés qu'il est difficile de savoir qui est le père, qui est la mère, qui sont les enfants, chacun empruntant le rôle de l'autre et l'échangeant à nouveau, sans que l'on parvienne à établir de stabilité structurale. La fonction du thérapeute sera de restructurer, dans la mesure du possible, le système familial en "débalançant" les équilibres dysfonctionnels. Ce bref aperçu schématique ne prétend pas faire connaître les théories et les techniques de Minuchin dont il faut lire les livres.

3.3. Travailler sur les phénomènes d'équilibration dans la famille

Je voudrais proposer une troisième voie qui n'a pas encore été développée, à ma connaissance. Sans appartenir à la thérapie structurale, elle viserait à une *équilibration de la famille*. La toxicomanie est un phénomène d'adolescence, même si elle s'est préparée avant. Or l'ado-

lescence entraîne un déséquilibre du système familial, puisque l'un des membres du système s'apprête à le quitter.

On décrit habituellement l'adolescence en termes individuels, mais il en découle inévitablement une crise familiale. Les règles qui régissaient le système jusque-là, doivent être modifiées. Sur trois points au moins, les enfants prouvent qu'ils sortent de l'enfance et exigent un réaménagement, un changement des règles du jeu : à propos de leur autonomie, de leur sexualité et de l'argent dont ils disposent. Ce sont là des signaux avertisseurs qu'émettent les adolescents. Je me risque à l'hypothèse suivante : *la toxicomanie peut apparaître comme un mécanisme substitutif d'une équilibration qui ne s'est pas réalisée dans le système familial.*

Si je considère la toxicomanie comme substitutive, c'est qu'apparemment l'adolescent croit y trouver l'autonomisation, l'indépendance, l'individualisation. Il quitte le milieu familial pour rejoindre sa bande ; il va prétendre à l'indépendance. La plupart du temps pourtant, il reviendra très vite pour être plus dépendant que jamais. Il n'y eu ni vrai départ, ni vraie individuation, ni autonomie financière.

Un certain nombre d'auteurs, dit Stanton (20), ont cherché à déterminer la fréquence des contacts qu'avaient les jeunes toxicomanes avec leur famille d'origine. Le résultat est étonnant. Quatre à cinq études constatent que 72 à 80 % des toxicomanes de vingt-deux ans ont des contacts avec leur famille au moins une fois par semaine. A trente ans, 59 % des toxicomanes vivent avec leur mère ou avec une personne du sexe féminin appartenant à leur famille d'origine. C'est un nombre stupéfiant auquel on pourrait ne pas s'attendre. Les toxicomanes ne sont donc pas, comme on l'imagine souvent, sur la route des Indes ni dans la marginalité de leur communauté ; ou alors ces épisodes relativement brefs de pseudo-autonomisation nous frappent, mais ils ne durent pas.

Ces observations confirment mon hypothèse selon laquelle le toxicomane remplit un rôle substitutif à une équilibration qui ne s'est pas réalisée et c'est une piste qu'il serait probablement intéressante de creuser.

4. Conclusion

Pour conclure, disons avec Stanton (20, 21, 22) :

1. Il est extrêmement important, dans le domaine du traitement des toxicomanes, de réunir le plus vite possible la triade père, mère, toxicomane. J'insiste là-dessus, car la réaction la plus fréquente du toxicomane est de supplier qu'on ne prévienne pas ses parents. Il ne

faut pas entrer dans ce jeu-là sous peine d'être rapidement disqualifié. Mais, on ne peut pas non plus mettre le patient au pied du mur sans risquer de le voir refuser sa collaboration. Quelque part il sait bien que rien ne peut se résoudre sans que les problèmes soient envisagés au niveau familial. La question centrale à laquelle nous devons trouver une réponse est alors la suivante : comment vais-je pouvoir lui permettre de me permettre de voir ses parents ?

2. Lorsque nous voyons les parents d'emblée (cela arrive souvent), il faut d'abord calmer l'angoisse (nous en parlions à propos de l'alcoolisme) et échapper à l'agitation qui entoure souvent leur demande. La situation nous est, en effet, fréquemment présentée comme une urgence médicale. Or, il y a des urgences physiques auxquelles il s'agit de répondre vite et où les minutes comptent. Il faut, cependant, faire la différence entre une urgence physique et une panique. Dans le travail avec les toxicomanes il n'est pas vrai qu'il faille se précipiter. Le problème n'est pas d'intervenir vite mais de diminuer la panique. Comme thérapeutes, nous disposons de jours, de semaines, de mois pour intervenir parce que la toxicomanie s'est installée pendant des jours, des semaines, des mois.

3. Nous devons, comme pour l'alcoolisme, recadrer positivement le comportement du toxicomane (considérer la toxicomanie comme une réponse à un mal plus profond et moins visible, comme une tentative de guérison, d'adaptation), et éviter de blâmer les parents. C'est peut-être ce qu'il y a de plus difficile pour le thérapeute. En effet, nous avons tous eu des parents et nous avons tous, à un moment ou à un autre, eu des comptes à régler avec eux. Face à des parents inadéquats, plus inadéquats que n'étaient les nôtres, nous sommes tentés de saisir cette superbe occasion de nous soulager de nos griefs. Nous défendons donc le toxicomane : il est leur victime, ils sont les bourreaux.

Il n'est pas facile de faire des thérapies familiales, cela ne peut s'improviser. Il faut apprendre à faire la part des choses sans blâmer les parents ; en évitant aussi de donner à l'adolescent l'impression que le thérapeute a pris parti pour eux. Il faut pouvoir répondre à l'adolescent, sans le critiquer, en évitant que les parents ne considèrent ce même thérapeute comme son allié.

Il faut donc parvenir à une attitude de *neutralité active*, celle dont parle Selvini (19). Le thérapeute s'efforcera de mobiliser suffisamment chacune des personnes en jeu pour qu'aucune d'entre elles ne puisse l'accaparer ni non plus lui reprocher de l'avoir attaquée. Je sais bien que je ne peux, dans cet exposé, donner de recette pour arriver à une

attitude de neutralité active de ce type. Cette technique, dans laquelle nous sommes très impliqués, nous impose de modifier toute une série de comportements spontanés et des schémas de réflexion très ancrés. Nos représentations relatives au toxicomane, par exemple, en seront changées.

Il s'agit d'abandonner les vieux schémas selon lesquels le toxicomane est une victime, un incompetent, un irresponsable, un incapable qui a besoin de notre aide et dont les parents sont coupables. Mais, ces schémas sont très résistants à toute évolution. Nous les avons appris dans nos familles, à l'école, à l'église. On nous a dit que celui dont le comportement était inadapté, était un mauvais, était un "méchant". Le modèle professionnel est venu se greffer sur ces notions et nous pensons que l'inadapté n'était pas méchant mais qu'il devait être aidé.

Pour essayer de considérer ces hommes, ces femmes, comme responsables, compétents, capables, utiles, adaptatifs et nécessaires, il faut modifier radicalement la position dans laquelle nous sommes. Et c'est bien là la rupture épistémologique que propose l'approche systémique.

Guy Ausloos¹
22, av. de Montoie
CH-1007 Lausanne

RESUME

Ce texte présente un choix parmi les articles les plus intéressants parus ces vingt dernières années aux Etats-Unis sur la thérapie familiale de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. Des commentaires personnels de l'auteur complètent cette brève revue de la littérature.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSLOOS, G. : Adolescence, délinquance et famille : expériences de thérapie familiale in *Annales de Vaucluse* : 14, 80 à 89 (1976-77).
2. AUSLOOS, G. : Secrets de famille. In : Changements systémiques en thérapie familiale. *Annales de psychothérapie*, pp. 62-80, E.S.F., Paris, 1980.
3. AUSLOOS, G. : Thérapie familiale et institution. In : C. Julier (réd.) : *Thérapie familiale*. Coll. Champs professionnels, Editions I.E.S., Genève, 1981.
4. AUSLOOS, G. : Systèmes, homéostasie, équilibration. In : *Thérapie Familiale*, II, 3, pp. 187-203, 1981.

¹ Psychiatre, thérapeute de famille, Lausanne. Responsable du programme de formation en thérapie familiale du Centre d'Etudes et de Formation Continue (CEFOC) de l'Institut d'Etudes Sociales à Genève.

5. BAITHER, R.C. : Family therapy with adolescent drug abusers : a review. *J. of Drug Education* : 8 (4), 337-343, 1978.
6. BATESON, G. : La cybernétique du "Soi" : une théorie de l'alcoolisme. In : G. Bateson : *Vers une écologie de l'esprit*. Tome I, pp. 225-253.
7. BERENSON, D. : Alcohol and the family system. In : P.J. Guérin (réd.) : *Family Therapy : Theory and Practice*. pp. 284-297, Gardner Press, New York 1976.
8. BERTALANFFY, L. VON : *Théorie générale des systèmes*. Dunod, Paris, 1973.
9. BOSZORMENYI-NAGY, I., SPARK, G.M. : *Invisible Loyalties*. Harper & Row, New York, 1973.
10. BOWEN, M. : Alcoholism and the family. In : M. Bowen : *Family Therapy in Clinical Practice*, pp. 259-268. Jason Aronson, New York 1978.
11. DAVIS, D.I., BERENSON, D., STEINGLASS, P., DAVIS, S. : The adaptive consequences of drinking. *Psychiatry* : 37, 209-215 (1974).
12. EWING, J.A., FOX, R.E. : Family therapy of alcoholism. In : J.H. Massermann (réd.) : *Current Psychiatric Therapies*. Volume 8, pp. 86-91, Grune & Stratton, New York 1968.
13. GLIEDMAN, L.H. : Concurrent and combined group treatment of chronic alcoholics and their wives. *Int. J. Group Psychother.* : 7, 414 (1957).
14. HARTMANN, D. : Drug taking adolescents, in *Psychoanalytic Study of the Child* : 24, 384-398 (1969).
15. KAUFMAN, E., KAUFMAN, P.N. (ed.) : *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*, Gardner Press, New York, 1979.
16. LAQUEUR, P. : La thérapie multifamiliale : questions et réponses. In : D.A. Bloch (réd.) : *Techniques de base en thérapie familiale*, pp. 135-152, Delarge, Paris 1979.
17. MINUCHIN, S. : *Familles en thérapie*. Delarge, Paris 1979.
18. OLIEVENSTEIN, C. : *L'enfance du toxicomane* (suivi d'une table ronde réunie par A. Calanca avec le concours de O. Masson, E. Pancheri, R. Henny et G. Ausloos). Hôpital de Cery, Prilly-Lausanne. 20 juin 1980. (Manuscrit)
19. SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. : *Paradoxe et contre-paradoxe*. E.S.F., Paris 1978.
20. STANTON, M.D. : The family and drug misuse : a bibliography. *Amer. J. Drug and Alcohol Abuse* : 5,(2), 151-170 (1978).
21. STANTON, M.D. : Drug abuse and the family. In : M. Andolfi & I. Zwerling (réd.) : *Dimensions of Family Therapy*, pp. 29-46, Guilford Press. New York 1980.
22. STANTON, M.D., TODD, T.C. et coll. : *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Guilford Press, New York 1982.
23. STEINGLASS, P. : Experimenting with family treatment approaches to alcoholism 1950-1975 : a review. *Family Process* : 15, 97-123 (1976).
24. STIERLIN, H. : Principes de la thérapie familiale avec les jeunes perturbés. Actes des 2èmes journées internationales d'études comparées sur la délinquance juvénile. *Annales de Vaucluse*, numéro spécial, pp. 35-59, 1979.

25. WATZLAWICK, P., HELMICK-BEAVIN, J., JACKSON, D.D. : *Une logique de la communication*. Seuil-Points, Paris 1974.
26. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, H.J., FISCH, R. : *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Seuil-Points, Paris 1975.
27. Zorn, F. : *Mars*. Gallimard, N.R.F., Paris 1979.

Mots clé
Alcoolisme
Thérapie familiale
Toxicomanie

Key words
Alcoholism
Drug Abuse
Family Therapy

* * *

— 16-18 DÉCEMBRE 1982 —

Séminaire de thérapie de famille

avec C.E. SLUZKI (dir. MRI Palo Alto)

Destiné à des thérapeutes formés
Nombre d'inscriptions limité à 45

Renseignements : Dr P. ROSATTI
20, Bd. de Grancy
1006 LAUSANNE

FAMILLES D'HEROÏNOMANES EN THERAPIE¹

Jean-Paul ROUSSAUX

A. LES CONDITIONS DE DEPART

“Nous vivons à l'âge de la drogue. En Europe, quand il y avait les patries, les drapeaux, les religions, il n'y avait pas la drogue, mais il y avait les guerres. Et puis maintenant il y a des guerres avec des soldats drogués. Je ne sais plus que dire...” Ainsi, le père d'un jeune héroïnomane exprimait-il son désarroi. Ce désarroi, c'était aussi le nôtre, face à la prise en charge de ces nouveaux patients, trop malades parmi les normaux trop normaux parmi les fous.

A Kreuzlingen (Suisse), dans le cadre d'une clinique psychiatrique privée de 50 lits, orientée vers la thérapie individuelle (c'était la première clinique au monde où la psychanalyse avait été introduite comme méthode thérapeutique), la venue des héroïmanes devait faire la révolution : d'abord groupés dans un pavillon ouvert, “pour eux tous seuls”, entourés par un personnel jeune et spécialement motivé, mais ne se doutant pas du poids écrasant de la prise en charge de drogués, ils imposèrent leur non-loi après quelques semaines. Le pavillon était devenu, pour ainsi dire, la plaque tournante du commerce de la drogue dans la région. Le pavillon fut fermé et les patients quittèrent volontairement l'institution soit immédiatement soit après un bref transit dans un autre pavillon où ils ne purent se réadapter.

Aussi, quelques mois plus tard, quand de nouvelles demandes d'admission d'autres héroïnomanes arrivèrent, c'est avec la plus grande circonspection qu'elles furent envisagées. Le scénario de ces demandes était toujours plus ou moins celui-ci : un médecin téléphonait et disait : “la famille X, avec son fils héroïnomane, est en route pour votre clinique. Ils arriveront dans quelques heures”. Parfois le médecin n'avait pas encore téléphoné et la famille se présentait déjà.

Alors que la dépendance à l'héroïne remontait à plusieurs années, la prise en charge aurait du être immédiate, instantanée. La demande d'admission était elle-même soumise au fantasme familial (3) d'immédiateté, de “tout de suite”, dont l'expression ultime et paradigmatique chez le toxicomane (patient désigné) est bien le flash, ce court-circuit

¹ Ce travail a fait l'objet d'un exposé le 24 novembre 1979 à Louvain-en-Woluwé lors de la journée d'étude organisée par le Centre Chapelle-aux-Champs, consacrée à la thérapie familiale.

de plaisir total et instantané qui suit l'injection intraveineuse (la voie la plus immédiate) d'héroïne.

Il fut décidé de ne plus accepter qu'un héroïnomane par groupe de dix patients, ce qui représentait donc cinq personnes pour l'ensemble de l'institution. Aucune promesse d'abandon définitif du toxique ne fut exigée, seul le désir d'entamer un processus thérapeutique ("essayer de s'en sortir") était posé comme unique condition d'admission.

Nous nous intéresserons à ce groupe de cinq patients, tous de sexe masculin, âgés de 18 à 21 ans, issus de familles bourgeoises du nord de l'Italie.

Nous les nommerons Benito (18 ans), Gianni (20 ans), Emmanuel (20 ans), Alessandro (19 ans), Paolo (21 ans).

Lors de l'admission la consommation d'héroïne remontait à respectivement trois ans pour Benito, deux ans pour Gianni, un an pour Alessandro, deux ans pour Paolo. Aucun ne se trouvait plus dans sa lune de miel avec la drogue ; ils avaient tous connu la misère de la quête toxicomaniaque, avec ses corollaires de vols, d'abord dans la famille, ensuite au dehors, de revente au détail (Gianni et Alessandro) et de prostitution (Alessandro). La dose d'héroïne utilisée variait de 600 mg à un gr par jour.

Pendant la période de désintoxication physique, il ne fut fait usage ni de produits morphiniques, ni de produits de remplacement (genre Méthadone), mais d'analgésiques et de tranquillisants. L'accompagnement personnel par un membre de l'équipe nous paraissait bien plus important que la "solution ingérée" dont la toute puissance n'est jamais mise en cause par le toxicomane.

Dès la phase de désintoxication physique surmontée, ils furent invités à participer aux activités institutionnelles des différents pavillons, réunions quotidiennes réglant la vie communautaire, repas, cuisine.

Tous, à différents moments de leur séjour, firent usage des multiples possibilités thérapeutiques offertes par l'institution : psychothérapie individuelle, expression corporelle, psychothérapie de groupe.

Quant à la prise de drogue, elle restait possible en dehors de l'institution nécessitant un déplacement d'une vingtaine de kilomètres dans une ville voisine. En fait l'usage d'héroïne était somme toute modérée, en moyenne une fois toutes les quatre à six semaines, ce qui était sanctionné au niveau des différentes communautés par des interdictions de sortie de une à deux semaines. Ces décisions "d'enfermement" étaient prises, suivant la structure plus ou moins participative des différents pavillons, soit par l'assemblée des patients et des soignants, soit par le groupe des soignants seuls.

Or, petit à petit, nous avons été frappés par le calendrier de ces rechutes toxicomaniaques : elles survenaient de façon quasi automatique tout juste avant, pendant, ou immédiatement après les visites des parents.

Comme la thérapie familiale conjointe (une famille et son patient désigné) était déjà utilisée ordinairement pour les patients psychotiques selon la méthode et sous la supervision de H. et S. Stierlin (Heidelberg), des entretiens familiaux furent engagés, chaque famille étant prise en charge par un thérapeute différent (4).

Ces entretiens se révélèrent d'emblée comme le champ préférentiel des acting-out : coups, vols d'argent, fuite à la ville et injection de drogue du côté des enfants, crises de larmes, effondrement dépressif ou appel à la sévérité, à l'intransigeance, et retours précipités en Italie du côté des parents.

La tension liée à ces confrontations paraissait quasi insupportable pour les participants, ne permettant aucune élaboration conjointe de la problématique. Il se passait quelque chose, mais nous ne pouvions rien en faire ; c'était la situation dramatique telle qu'elle avait été vécue à la maison, avec en plus une certaine "impunité" des jeunes du fait de leur statut trop vite reconnu de malades.

Chaque partie semblait prise de court, ne recevait pas son dû, ne pouvait pas s'exprimer et réagissait en panique. L'effet de ces essais de thérapie familiale conjointe pour les familles de drogués nous paraissait finalement antithérapeutique dans la mesure où la recrudescence des symptômes mettait l'ensemble du dispositif thérapeutique en trop grand danger.

Nous devons nous poser la question : "pourquoi une forme de thérapie éprouvée comme très efficace pour des patients de même âge, souffrant d'une affection d'égale gravité (psychose) se révélait-elle nocive dans les cas de nos drogués ?" ²

Nous avons donc recherché un mode d'approche familial mieux adapté. Inspirés par la technique développée par R. Schindler (2), la thérapie familiale bifocale, nous avons invité les parents à se réunir dans un groupe de parents sans les enfants, un week-end par mois, pour deux séances de 1 h. 30 chacune.

Dans cette thérapie familiale bifocale, un foyer est constitué par le groupe des parents, l'autre par le groupe des patients désignés, ici les fils. Si les parents ont toujours fonctionné en groupe homogène de

2 Nous voudrions tenter de répondre en soulignant l'opposition des fantasmes familiaux dans les deux pathologies : l'immédiateté, le tout de suite, générateurs d'un climat de violence explosive, où la chronicité n'est constituée que par la série des passages à l'acte du drogué et de sa famille, s'oppose à l'affrontement insidieux, en sourdine, des forces destructrices à l'œuvre dans la famille du psychotique. Si la famille du psychotique lui transmet un "tu n'existeras pas", la famille du drogué lui signifie "tu ne jouiras pas de toi en toi".

parents de drogués, les enfants n'ont pas toujours constitué un groupe fermé, mais se sont séparés pour participer à différents groupes thérapeutiques avec d'autres patients, non toxicomanes, de la clinique.

De plus, chaque enfant toxicomane avait entrepris une psychothérapie individuelle d'inspiration analytique, auprès de différents membres de l'équipe.

B. LA FAMILLE A

Avant de procéder plus avant dans l'examen de l'évolution du groupe des parents, penchons nous sur la famille A, qui illustrera l'ensemble de la démarche.

Carlo, le père, provient d'une famille aisée ; fils préféré d'une mère de six enfants, il fait des études de droit sans grande conviction, et entre dans la firme paternelle. Nina, la mère, est la fille d'un marin au long cours, absent de la maison neuf mois sur l'année.

La mère de Nina élève quasi seule ses trois enfants.

Ce milieu paraît relativement pathogène puisque la sœur aînée, célibataire, mélancolique, sera internée après la mort de la mère, et que le frère cadet souffrant de dépression et d'obsessions, toxicomane aux analgésiques, n'arrive à mener une vie normale qu'après une longue psychanalyse.

Nina fait des études de mathématiques. Quand elle rencontre et épouse Carlo A. homme intelligent mais asthénique, Nina espère entrer dans un monde plus facile. En fait la famille A. lui fera toujours sentir qu'elle n'est pas des leurs, souvent par belles-sœurs interposées.

Au début du mariage, pendant deux ans, le jeune couple habite chez les parents de Carlo. Bientôt naît le premier enfant, un fils : Bénito, prénommé d'après son grand-père maternel, le marin. L'année suivante naît un frère Maurice.

Mais d'emblée Bénito sera l'enjeu d'une lutte acharnée. Objet de l'amour privilégié des grands-parents paternels, il est utilisé par la mère comme le symbole d'une force nouvelle, d'une puissance retrouvée.

Pour la mère, l'enfant est l'instrument de conquête, outil de revanche, objet également de jouissance et de convoitise. Un amour sans égal devait être son lot, un amour paralysant dont le souvenir nostalgique, en une extrême jouissance passive devait déterminer tout son avenir. Benito racontera son fantasme masturbatoire où une nourrice suce le pénis du héros à l'âge de deux ans ; ou bien ce dessin où il se représente, selon ses termes, en "petit roi de sa mère".

A 42 ans, alors que Benito a 10 ans, le père s'écroule sous les difficultés financières, il doit fermer son affaire et rechercher du travail.

La mère, elle, entreprend d'enseigner dans le cycle secondaire pour subvenir aux besoins immédiats de la famille.

A cette époque, Benito est saisi de scrupules : il pense qu'il n'est plus convenable d'embrasser sa mère tous les soirs avant de se coucher. Elle, par contre, se déshabille ostensiblement en sa présence. Un soir qu'il avait demandé des explications sur la masturbation, elle se saisit de son pénis et tout en le considérant, dit d'une voix admirative "tu deviens grand" ; Bénito, à 10 ans, développe une névrose infantile : avant de pouvoir se coucher, il doit éteindre et allumer cinq fois l'interrupteur, ouvrir et fermer dix-sept fois la porte de sa chambre, boire un verre d'eau en deux fois et uriner sept fois.

La névrose se résout par une colère du père, qui lui intime brutalement d'en finir avec ce cérémonial.

Cette prise de position extraordinaire d'un père fantoche le guérissait en lui permettant d'abandonner les barrières névrotiques qu'il avait lui-même érigées.

Vers 14 ans, élève extraordinairement doué, il commence à manquer l'école, à fumer du hachish en secret.

La mère lui impose culottes courtes et cheveux courts. En même temps, elle s'inquiète de son peu de relations féminines, et le soupçonne d'homosexualité. A 15 ans, l'affrontement avec la mère devient violent, et il fugue à plusieurs reprises. Il passe aux drogues dures (morphine, héroïne). Il rapporte ainsi son expérience : "Après l'injection je me sens bien, le monde m'est indifférent, je peux parler, être regardé, touché. Je retrouve un monde plus simple, je suis comme un gros bébé".

Pendant trois ans, il abandonne toute fréquentation scolaire : c'est la cavale entre l'Italie, Amsterdam et Israël, le voyage aux Indes, où il frôle plusieurs fois la mort.

Pendant ce temps, la mère se noie dans son travail de professeur et dans les tâches ménagères ; elle considère son fils aîné, Bénito, comme déjà mort. Le père s'effondre et entre en dépression, comme on dirait qu'il entre en religion, ce qui lui permet de poursuivre son chemin tranquille et solitaire.

Mais Benito survit aux injections quotidiennes et massives, à la dénutrition, à l'hépatite, et il revient. Epuisé et malade, il se jette au visage de ses parents en plein état de manque. C'est alors que, sur le conseil du médecin-psychiatre du père, il nous est envoyé. Il est d'accord de rester un ou deux mois, le temps de se retaper pour repartir ensuite aux Indes, "comme reporter" dit-il.

C. LE GROUPE DES PARENTS

Abordons maintenant les réunions de parents. Le matériel provient de notes prises après les séances ainsi que d'un questionnaire rempli par les parents au terme de la thérapie.

L'évolution du groupe, pendant deux ans et demi, pourrait se diviser, schématiquement, en quatre phases :

1. la phase d'*ouverture*
2. la phase *analytique*
3. la phase de la *maîtrise réalisante*
4. la phase de *dénouement*.

1. La première phase ou phase d'ouverture

Nous avons demandé aux parents de ne plus voir leurs enfants seuls, mais seulement en compagnie d'une autre personne, autre patient ou membre du personnel, soit d'un autre couple de parents. L'interdiction des visites privées individuelles avait opéré un renforcement paradoxal de la mesure d'exclusion des jeunes hors de leur famille. Mais en revendiquant clairement pour tous cet interdit, les animateurs du groupe allégeaient le sentiment de culpabilité des parents.

Une mère dit : "Je pouvais finalement parler de mes problèmes avec d'autres parents et des médecins qui pouvaient me comprendre et m'aider".

Il est remarquable que la thérapie des familles nucléaires menée auparavant n'ait pas donné aux parents cette impression de pouvoir se parler, se raconter. La motivation "être avec d'autres parents" est mise en avant par quatre parents qui, remarquablement, occupaient des positions inhibées, voire dépressives (parmi eux, notre Carlo A.).

Les échanges des premières réunions sont exclusivement centrés sur le problème drogue.

Les parents attendent des animateurs des renseignements au sujet du toxique, de la drogue-en-elle-même en dehors de leur fils toxicomane : les questions "quelles doses ? combien de temps ? où ?" accompagnent les considérations sociologiques "sur les mœurs actuelles", ou médicales sur les troubles hépatiques "toujours mortels" !

C'est bien là une reproduction de ce qui se passait dans les familles : le seul sujet de préoccupation était devenu la drogue et la "santé", voire la "morale" du jeune, quasi indépendamment de lui-même, de sa subjectivité.

Leur fils de chair était bien devenu un drogué, objet de la réprobation universelle. Pour les parents, cela signifiait l'abandon, ou du

moins un fléchissement important de la vie sociale, de l'initiative professionnelle (dans huit cas), ou bien son renforcement sur un mode compulsif (dans deux cas). Pour Nina, l'immersion dans le travail, pour Carlo la démission sociale et professionnelle.

Devant le manque d'intérêt évident des animateurs pour les aspects universels de la drogue, leurs réponses incomplètes voire évasives, les parents tentent d'obtenir des "recettes de vie", des conseils sur le comportement à adopter vis-à-vis des fils. Nina demande : "quand Benito me demande de l'argent, que dois-je faire ? ", avec ce dilemme paralysant : "ou j'en donne et il va acheter de l'héroïne, ou ne n'en donne pas, et de rage il fait un mauvais coup et achète de l'héroïne".

Plusieurs éléments méritent d'être relevés.

D'abord, le dilemme est actuellement insoluble si ce n'est en s'en remettant à la décision de l'institution dans un déplacement momentané d'autorité.

C'est la famille entière qui est prise en charge par l'institution et pas seulement le fils.

Ensuite par le cheminement des questions comportementales, les parents subjectivisent leur problématique, même si les interactions sont toujours conçues sur le mode stimuli-réponses en un présent expérimental.

D'une possible participation à la genèse historique de la situation il n'en est pas encore ici question.

Ce premier temps devait aussi remettre en sourdine les exigences de guérison totale, immédiate ou artificielle (par exemple, la notion de "propreté absolue" vis-à-vis de la drogue n'était plus exigée par les parents).

Les patients, eux, continuent leur rythme de croisière d'une ou deux injections toutes les quatre à six semaines, mais indépendamment des visites parentales.

Cette première phase s'étendit environ sur les trois premiers mois des réunions.

2. La deuxième phase ou la phase analytique

Les parents commencent à parler d'eux-mêmes et ils placent les thérapeutes dans des positions transférentielles. A partir d'un couple parental confronté à un dilemme, les thérapeutes orientent la réflexion du groupe vers la remémoration de situations analogues vécues dans la famille actuelle ou dans la famille d'origine pendant l'enfance.

Nina nous raconte qu'à 12 ans elle s'était trouvée dans un dilemme paralysant : ou bien rester fidèle à sa mère en effectuant du travail à la maison, ou bien suivre les injonctions du père et entreprendre des études. Elle avait alors manqué l'école pendant toute une année, mais

pour ne rien faire à la maison, sinon se coucher avec les couvertures sur la tête. Nina était devenue le lieu du symptôme, comme compromis entre des injonctions parentales opposées.

L'histoire de chaque parent, dans sa dimension individuelle ou de couple se révéla toujours perturbée. Pour les pères, on peut relever l'absence de dialogue avec le propre père (les grands-pères des patients).

On pouvait entendre les expressions : "j'avais un père du dimanche", "dans toute ma vie, j'ai parlé deux fois avec mon père".

Dans le cas de Carlo, son père était vécu comme distant, occupé, n'ayant rien à faire avec les enfants, par opposition à la mère chaleureuse et favorisante.

Très caractéristique nous semble la prise de conscience par tous les parents de la fascination familiale par le médicament ou la drogue comme solution familiale habituelle, comme stratégie domestique.

Parmi les participants du groupe parents, c'est-à-dire dix personnes, deux étaient alcooliques. Un père nous fit cette remarque suggestive : "quand il y a des problèmes, un homme normal se saoula la gueule. Il faut vraiment être fou pour prendre de la drogue".

Six utilisaient toutes les nuits des somnifères.

Huit utilisaient au moins deux fois par semaine des comprimés contre le mal de tête.

Tous étaient de grands fumeurs (20 à 70 cig/j) Nina et Carlo consommaient d'énormes quantités de médicaments qu'ils transportaient dans leur sac à main, véritable pharmacie ambulante. Nina prenait des tranquillisants pour dormir, de multiples analgésiques contre les migraines. Carlo utilisait toute une batterie d'antidépresseurs et de tranquillisants. A cette croyance en la toute puissance du médicament ou de l'alcool comme solution (ingérée) à leurs problèmes, correspond bien chez le jeune la position de la drogue comme seule dispensatrice de plaisir.

Les couples envisagent entre eux les éléments de collusion selon J. Willi (5). Qu'attendent-ils l'un de l'autre ? Quelle place est venue occuper ou ne pas occuper le conjoint ?

Nina et Carlo s'expliquent péniblement, ce qu'ils attendaient mutuellement : Nina, la reconnaissance sociale et un mari au foyer (son père était marin et absent), Carlo une femme active qui le porte.

Comme si les moteurs du choix conjugal s'étaient alors emballés, exacerbés, Carlo, lui, avait sombré, financièrement, familialement et personnellement dans la dépression. Cet homme donnait comme idéal : le fauteuil et un livre.³

³ On parlerait ici en cybernétique de feed-back positif, conduisant à un clivage de plus en plus accentué des comportements : les motifs mêmes du choix étaient devenus les motifs de la discordance.

Envisageons maintenant les attentes formulées vis-à-vis des fils. Mme B. dit : "J'attendais de lui tout ce que l'on peut attendre d'un fils bon, beau, sain, sérieux, intelligent et gentil. Je le voyais grandir comme un miracle et je pensais que tout devait lui réussir".

En fait il s'agissait de familles dans lesquelles le patient était soit le seul garçon (trois cas), soit l'aîné de la fratrie (deux cas).

Dans les cinq familles, la mère est perçue par les deux conjoints comme plus proche du fils. Par ailleurs aucun père ne se rappelle avoir joué avec son fils dans la première enfance.

Cette position particulièrement investie des fils, confrontée aux tentatives d'individuation de ceux-ci, aboutissait à des désirs de mort tout à fait clairement formulés vis-à-vis de l'enfant ; et nous pouvions entendre des phrases comme "il vaudrait mieux qu'il meure", "je préférerais le voir mort que comme cela", ou bien ces variantes plus sophistiquées, associées à leur déni, "qu'il meure, je l'ai souvent dit mais jamais pensé", ou bien "je ne l'ai jamais dit, mais souvent pensé". Le désir de mort transparaît encore dans la recherche personnelle d'héroïne qu'entreprenaient certains parents dans les bars de la ville pour les fils en état de manque.

Ce désir de mort, dans la famille A., Nina ne s'en cachait pas, elle l'avait même écrit à son fils. On se souvient d'autre part de tout l'enjeu que représentait Benito dans la dynamique familiale, garant de la valeur de la mère vis-à-vis de la belle-famille, et comme substitut d'un mari démissionnaire. Pour Nina, si Benito ne pouvait continuer à la servir fidèlement à la puberté, il fallait le vouer à la mort. Pour Carlo, il avait été complètement "dépassé" par ce fils prodige, et dans un deuxième temps il avait pu se retirer tout à fait de la scène, Benito captant de nouveau toute l'attention de sa femme.⁴

L'évocation de cette deuxième phase du traitement, qualifiée d'analytique serait très incomplète si les motions transférentielles n'étaient pas examinées. En fait il s'agit de transferts croisés (Schindler), c'est-à-dire que les thérapeutes sont le lieu de croisement des transferts parentaux et filiaux. Je crois qu'il faut conserver le terme de transferts dans son pluriel, non seulement parce qu'il y a un nombre de personnes, mais surtout parce qu'au niveau individuel les motions transférentielles sont multiples. Les transferts parentaux s'adressèrent préférentiellement au plus âgé des deux thérapeutes, faisant de lui, d'emblée, le garant du traitement des enfants. Nina développait vis-à-vis de lui une attitude espiègle d'enfant terrible, mais d'enfant dépendant ;

⁴ A un autre niveau, dans sa cavale de drogue, Benito fournissait aussi à sa mère l'excitation que son mari ne lui donnait pas. Les départs de Benito pour les Indes, ses trips au LSD pourraient alors être conçus comme répétition des voyages du grand-père marin. Ceci est de l'ordre de la conjonction (et, et) (Selvini) : il ne faut pas y voir une alternative (ou, ou).

sa plus grande angoisse, disait-elle, était d'être renvoyée de la clinique et qu'il ne veuille plus d'elle.

La position du thérapeute plus jeune procédait d'une part, de celle des enfants exclus (interruptions lors de ses interventions, protestations fréquentes) et d'autre part, de l'enfant prodige admiré, sorte d'idéal (jeunesse, précocité, don des langues). Pour les fils toxicomanes, les thérapeutes étaient investis tous deux comme figures parentales, comme l'ont montré de nombreux rêves racontés par Benito en thérapie individuelle.

3. La troisième phase ou phase de la maîtrise et des réalisations

C'est au bout d'environ une année et demie de séances que débute cette nouvelle phase.

Elle est bien différente pour chaque couple parental.

Carlo émerge lentement de sa dépression, diminue ses médicaments, reprend de l'activité ; Nina se réintéresse à lui, découvre qu'elle a d'autres enfants, oublie quelque peu Benito, qui n'a plus rien injecté depuis six mois. Il en profite pour s'installer dans une chambre en dehors de la clinique et entreprendre une relation amoureuse avec une jeune fille de son âge. Benito peut aussi se permettre dans la thérapie individuelle de lever une amnésie infantile : il exprime en rêves et en souvenirs ses désirs de mort vis-à-vis, je cite "de ce père trop faible, qui était trop discret, trop triste".

Il se met à apprendre sérieusement une autre langue que sa langue maternelle. Ayant fait le choix d'une nouvelle école, il s'y rend seul avec son père, voyage qui est ressenti par les deux comme "très agréable".

La liberté est rendue aux parents quant aux visites singulières et à leur fréquence. Mais ils n'abusent pas de ce droit de visite, même s'ils ont enfin appris à dire non aux exigences des fils⁵.

4. Quatrième phase ou phase de dénouement (pendant les trois derniers mois de la période de deux ans et demi)

Le groupe ne tourne plus autour des thérapeutes, mais se restructure autour des parents les plus actifs.

Les réunions à la clinique se prolongent en l'absence des thérapeutes, parfois même il y a des réunions dans le pays d'origine. Il y a

⁵ Dans un article trop peu connu, Klimenko signale ce "non" comme l'aboutissement du processus thérapeutique (1).

une sorte d'autonomisation du groupe. Ce phénomène de groupe ne dure qu'environ trois mois. Les enfants étant tous sortis de la clinique, les parents décident eux-mêmes d'interrompre le processus de groupe.

E. CATAMNESE⁶

Deux couples, dont celui de Carlo et de Nina, entreprennent des entretiens de couple auprès d'un thérapeute de la clinique. Ils les poursuivent régulièrement pendant plusieurs mois. Carlo est toujours sujet à des phases dépressives, mais il ne doit jamais arrêter le travail plus d'une semaine. Nina se dit moins anxieuse, elle a modéré son activité.

Les parents de Paolo se sont séparés très peu de temps après l'arrêt du groupe. Les deux autres couples (parents de Gianni et Alessandro) poursuivent la vie commune et interrompent tout contact thérapeutique.

Quant aux jeunes héroïnomanes, deux d'entre eux (Benito et Paolo) ont mené avec succès des études artistiques (cinéma et mime) et sont tout à fait abstinents de drogues.

Alessandro est resté dans la petite ville où était la clinique ; il a un usage régulier d'héroïne qui ne compromet pas le travail manuel rémunéré qu'il doit accomplir pour payer lui-même sa thérapie individuelle. Emmanuel a repris un cycle d'études économiques qu'il réussit. Il consomme irrégulièrement de l'héroïne, à des intervalles de plusieurs mois. Par contre, il utilise des drogues douces le week-end. Gianni est un échec patent : peu après sa sortie de clinique, il se marie sur un coup de tête ; ses parents lui offrent, clefs-sur-porte un garage ; il ne mettra que quelques mois pour le conduire à la faillite. Il rechute massivement et est actuellement incarcéré pour revente de drogue.

F. CONCLUSION

La prise en charge du couple des parents d'héroïnomanes semble avoir créé la condition de possibilité pour les démarches thérapeutiques entreprises par les jeunes patients. Si le groupe des couples a offert un instrument plus adéquat que les thérapies familiales conjointes, c'est sans doute parce que la possibilité d'identification latérale au rôle même de parent s'est trouvée favorisée.

Le groupe a opéré une parentification de ces adultes, dans le sens où ils pouvait se situer comme géniteurs, ce qui implique une différence

⁶ Couvre une période de trois ans après la fin du groupe.

structurelle irréductible vis-à-vis de leurs enfants, et comme sujets d'une problématique propre.

Dans le cas du seul patient présentant une évolution défavorable, il s'agit bien d'un échec de cette parentification, faite de distance et de souci.

Les pères, eux-mêmes, n'étaient pour leurs enfants soit que baudruches dont les actes s'opposaient radicalement aux paroles, soit qu'étoiles lointaines, inaccessibles, soit qu'absence ou démission, dans aucun cas, pôle d'une possible identification.

Les mères entretenaient avec leur descendance mâle un rapport, à proprement parler, de main-mise quant à leur jouissance, et, qui, par dépit, pouvait se retourner en désir de mort.

Pour nous, bien que la toxicomanie ne représente qu'un processus secondaire, une organisation réactionnelle, voire un symptôme comme compromis, il semble néanmoins qu'elle soit aussi, sous différentes formes, le symptôme de toute la famille, une sorte de stratégie habituelle et consacrée, de voie préférentielle, pour la résolution des conflits.

Docteur Jean-Paul Roussaux

Centre de Santé Mentale
"Chapelle-aux-Champs"

30, Clos Chapelle aux Champs
1200 Bruxelles

RESUME

Ce travail décrit la constitution et l'évolution pendant 2 ans 1/2 d'un groupe thérapeutique de cinq couples de parents de jeunes héroïnomanes en hospitalisation. En suivant un cas exemplaire, des hypothèses concernant la structuration des familles de toxicomanes sont abordées. La catamnèse couvre trois ans.

SUMMARY

This paper relates the constitution and evolution (during 2 1/2 years) of a group of parents of young heroin addicts. Hypotheses concerning the structuration of addict-family are derived from an illustrative case report. The post-cure follow up covers 3 years.

BIBLIOGRAPHIE

1. KLIMENKO, A. : *Multifamily Therapy in the Rehabilitation of Drug Addicts*, in *Perspect. Psychiat. Care* 6, 220-223, 1968.
2. SCHINDLER, R. : *Psychothérapie de groupe bifocale*, in *Annales médico-psychologiques* 121, 19-30, 1963.
3. STIERLIN, H. : *Group Fantasies and Family Myths, some theoretical and practical aspects*, in *Fam. Proc.* 12, III-125, 1973.
4. STIERLIN, H. : *Eltern und Kinder im Prozess des Abloesung*, éd. Suhrkamp, Frankfurt, 1975. (2)
5. WILLI, J. : *Die Zweierbeziehung*, éd. Rowolht, Hamburg, 1975.

3ème Journée
PSYCHANALYSE et THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE

Dimanche 12 Décembre 1982 (Paris)

THEME GENERAL : "L'ALIENATION"

Intervenants : L. CASSIERS (Louvain) – R. CHEMAMA – M. ELKAIM
(Bruxelles)
C. GUITTON – C. LANDMAN – R. NEUBURGER –
C. SLUZKI (Palo-Alto).

Inscription auprès du Secrétariat du C.E.F.

CENTRE D'ETUDE DE LA FAMILLE

31, rue de Liège - Paris 8ème - Tél. : 294 28 07

Participation : 150 FRS (à joindre avec la demande d'inscription).

L'INCESTE, LA MORT ET LA TOXICOMANIE Approche systémique

M.-O. GOUBIER-BOULA, O. REAL

L'Institut de Médecine légale de Genève* a un département de psychiatrie des adultes et des adolescents. Ce service reçoit des patients dans le cadre d'un service pluridisciplinaire à la prison de Champ-Dollon ou d'une consultation ambulatoire en ville et auprès d'institutions pour adolescents. C'est dans ce cadre que nous travaillons depuis 1975 avec des familles dont le patient désigné présente un symptôme toxicomaniaque¹. Ce travail entend préciser certaines hypothèses que nous avons pu élaborer autour de la problématique de ces familles et les illustrer par la présentation d'un cas clinique.

De nombreuses publications ont souligné que la toxicomanie avait à voir avec des constantes répétitives tournant autour de la mort et de l'inceste (4, 6a, 6b, 8).

Selon nous, ces deux thématiques se rejoignent. En effet, la prohibition de l'inceste implique une loi, un ordre, une succession des générations dans la mort comme le montre Rosolato (5). S'il n'y avait pas cette loi symbolique du "Père mort" qui génère la différence des générations, le père ou la mère ne pourraient servir de modèle à l'enfant du même sexe sans tomber dans le piège d'une adéquation absolue avec le risque d'un "affrontement léthal avec le même du double". Dans les familles à risque toxicomaniaque, nous avons observé que ce qui ne pouvait se structurer au niveau de cette loi symbolique du Père mort (succession des générations) risquait de déboucher dans le réel de la mort et de l'inceste.

* Directeur : Prof. J. Bernheim.

¹ Par la suite nous emploierons l'expression "famille à risque toxicomaniaque". A notre avis, cette expression nous paraît plus adéquate que celle de "famille de toxicomane" ou "famille à transaction toxicomaniaque". Ces deux dernières expressions impliquent un déterminisme qui nous fait retomber dans le piège d'une nosographie psychiatrique. Introduire la notion de risque, c'est-à-dire de prédictibilité, cela laisse la porte ouverte à un réseau de facteurs qui sont de fait bien plus vastes que le seul champ familial : la toxicomanie nous paraît en effet le fruit d'une précipité où interviennent "un produit, une personne, une famille et une société à un moment culturel donné". Tous les dysfonctionnements familiaux que nous allons relever dans cet article ne suffisent pas à "produire une famille de toxicomane", ils peuvent seulement intervenir comme des facteurs de risque d'un comportement toxicomaniaque.

Dans la famille à risque toxicomaniaque, le thème de la Mort est pratiquement constant et toujours prévalent dans ces deux acceptions Mort Réelle et Mort Imaginaire. La drogue, la seringue, sembleraient être la métaphore de "ces morts", à travers les risques, le jeu du toxicomane dans la prise de stupéfiants, les overdoses possibles ou leurs effets imprévisibles et à travers les difficultés de communication observées dans le système familial. En effet, l'expression des affects est particulièrement difficile, voire impossible. La drogue, avec l'angoisse, les émotions (peur, colère, rage, violence) qu'elle peut susciter, va devenir un lieu de médiation pour la communication pour les parents d'une part et pour l'ensemble de la famille d'autre part. La drogue prend lieu de la parole. Les parents ne peuvent pas ne pas aborder la situation difficile voire dangereuse qui s'instaure avec la prise de drogue. Souvent, ils doivent se heurter à leur divergences et surtout à un certain degré de méconnaissance ou d'ignorance tacite et progressive l'un de l'autre. Ils expérimentent souvent leur difficulté à s'entretenir sur un problème ou encore plus à arriver à une négociation dans laquelle leurs deux avis vont prendre place. Par ailleurs, le type de leur communication est très souvent indirect. L'enfant toxicomane est le lieu de discours. Dans le cas clinique que nous aimerions développer, c'est à travers Bernard que Madame adresse à son mari ses reproches concernant sa distance, son absence, ses désirs et manifeste ses émotions en particulier la colère.

L'inceste, implicite ou secret, a des effets importants dans le processus de séparation-individuation : la séparation est plus longue, plus problématique et plus conflictuelle et le problème va se résoudre notamment à travers ce processus décrit de pseudo-individuation qui va se développer dans les différents messages élastiques² donnés par les parents. Par exemple : ceux-ci peuvent souhaiter ouvertement une réalisation sociale assez rapide sur le plan professionnel avec une autonomisation financière notamment et sur le plan relationnel, laissant une apparente liberté au jeune homme dans ses sorties, ses loisirs, ses week-ends, pour la rencontre de jeunes filles. Mais en même temps, des signes d'inquiétude concernant l'approche d'une sortie de la maison en bonne et due forme et l'amorce d'une relation plus prolongée et constructive avec une jeune fille, sont manifestés à la fois directement

2 Message élastique : il s'agit de ces communications (...) par lesquelles un membre, souvent le père, semble permettre à l'adolescent de quitter la famille alors qu'en réalité il le maintient par un lien solide : nous avons appelé ce type de message "message élastique" par analogie avec ces jeux de Jokary où une balle de tennis est fixée à un élastique : chaque fois que l'on contacte la balle avec la raquette, elle part au loin mais se trouve aussitôt ramenée par l'élastique. Souvent les adolescents sont mis à la porte de leur famille, mais on sent bien qu'ils sont maintenus par ce lien élastique (G. Ausloos). (1b).

et indirectement. Dans le cas qui nous occupe, Bernard, très sensible et attentif aux réactions de sa mère en particulier, va enregistrer ces messages et confirmera alors les inquiétudes parentales par des comportements de désorganisation, donc en prenant de la drogue. D'autre part, sur le plan relationnel, nous aurons tendance à voir dans la prise d'héroïne une fonction d'écran à la fois par rapport à l'inceste impossible et par rapport aux autres partenaires difficiles à accepter sur le plan inconscient, dans cette relation d'allure fusionnelle et privilégiée avec sa mère.

La "maîtresse"-héroïne devient ainsi un écran protecteur dans la relation mère-fils et une réponse au message élastique dans ce phénomène de pseudo-individuation. Ceci s'articule dans un discours métaphorique comme nous l'avons observé également dans d'autres familles avec un toxicomane. Lorsqu'il y a amorce d'un lien amoureux plus grand, un couple se constitue et se développe dans des conditions telles que l'indépendance n'existe pas à tous les niveaux, avec notamment un enfant-symptôme qui implique l'aide active des parents d'un ou des deux membres du "pseudo-couple", tant sur le plan financier que sur le plan affectif.

Ainsi, nous avons observé que chaque fois que Bernard rencontrait une jeune fille, cette relation était très rapidement critiquée par la mère, aboutissait à des conflits aigus précoces voire à la rupture. Bernard "replongeait" alors dans l'héroïne.

En définitive dans la famille à risque toxicomaniaque alternent de manière imprévisible et anarchique des fonctionnements de type convergent comme dans les familles à risque psychotique où la relation est difficile à définir et reste floue (3), surtout sur le plan intergénérationnel et des fonctionnements de type divergent dans lesquels la pseudo-individuation se réalise à travers l'éclatement caractériel, le rejet, la délégation liée ou exclue décrite par Stierlin (9)³. L'héroïne donne donc là encore l'illusion à tous les membres de la famille d'une pseudo-séparation, d'une pseudo-autonomie à travers la formation d'un nouveau couple voire une filiation qui s'avère pratiquement toujours bancal ou à travers des projets à plus long terme différant dans le temps la sortie de la maison familiale, telle que la reprise d'études ou d'un apprentissage interrompu. Le départ de la maison ne peut se faire que sous la forme inacceptable de la rupture confirmant donc l'impossibilité de la séparation. Dans ce contexte, si un quelconque circuit social hors

³ Nous proposerons d'appeler cahotique ce type de famille pour lesquelles G. Ausloos (1a) avait proposé le terme de système alternant ou pendulaire ; dans une récente communication personnelle, il nous a transmis sa préférence pour le terme de cahotique : en effet les oscillations pendulaires évoquent une alternance régulière et prévisible qui ne rend pas compte de la problématique de ces familles.

de la famille se développe, on peut aisément comprendre qu'il conduit souvent dans les rets des instances de contrôle social qui signalent l'impossible individuation du toxicomane.

Illustration clinique

Le patient désigné, Bernard, âgé de 17 ans, se drogue à l'héroïne depuis environ une année de façon épisodique. D'autre part, il se livre à une activité de trafic. Bernard est l'aîné d'une famille aisée de quatre enfants : successivement Jan, Henri, Bertrand. La mère, Simone, est issue d'une famille dont les parents ont divorcé. Dans une période qu'elle a grande peine à préciser mais que l'on peut situer entre 9 et 10 ans, elle a eu des relations incestueuses avec son père. Ce dernier était à ce moment divorcé depuis quelque temps. Elle porte une vive culpabilité de ces relations sexuelles avec son père : elle ne nous en parlera que dans une séance où nous la rencontrerons seule, ce fait étant ignoré de toute sa famille. En portant ce secret, elle nous dit avoir eu l'impression de "tromper tout le monde" sur elle-même et son père.

Le père exerce une profession socialement valorisée qui absorbe la majeure partie de son temps. Il est présent cependant dans bien des domaines de la vie familiale par les règles qu'il édicte mais, cherchant avant tout à éviter les conflits, il n'est pas là pour les faire appliquer. Moins tolérant que la mère par rapport au comportement des enfants et notamment par rapport à Bernard, il risquerait d'entrer en conflit avec son épouse. Ce dernier point l'amènerait alors à se heurter à un interdit formel hérité de sa propre mère (décédée) qui proscrivait tout conflit à l'intérieur du couple afin de ne pas mettre en péril l'indissolubilité du mariage.

La séparation d'avec les familles d'origine tant pour Simone que pour Paul s'est avérée difficile : leurs familles respectives ayant eu le sentiment d'avoir été "trahies" par cette union jugée trop précipitée.

Une relecture tragique de cette séparation avait été faite par les deux époux lorsque, quelques années plus tard, la mère de Monsieur et le beau-père de Madame décédaient à peu d'intervalle. Simone ne se rendit pas tout de suite auprès de sa mère, son mari étant très choqué par le décès de sa propre mère. Quelque temps après, la mère de Simone est la proie d'une grave décompensation dépressive au cours de laquelle elle menace de se suicider et reproche à sa fille de ne pas l'avoir entourée au moment du décès de son mari. La mort était donc bien la toile de fond sur laquelle la séparation d'avec les familles d'origine se dessinait.

Pour illustrer la problématique d'une pseudo-séparation-individualisation sous-tendue par une impossibilité d'aborder, dans le système familial, la mort et l'inceste dans un registre symbolique, nous aimerions livrer ce que nous avons appelé "le discours passion de Simone et Bernard" :

4e séance (séance avec toute la famille)

La mère se plaint que Bernard l'ait trompée sur son emploi du temps, ses sorties.

Mère : "Nous (père et mère) demandons à Bernard et c'est moi . . . je . . . qui reçoit le message en pleine figure (. . .). Moi, je ne peux pas vivre avec quelqu'un qui me ment systématiquement (. . .) (Bernard me) trompe.

13e séance (séance avec toute la famille)

Mère : Il y a eu . . . Il y a eu le problème que moi j'ai essayé, moi toute seule je dis bien par rapport à mon mari, j'ai moi essayé d'édicter une règle . . . euh parce que je pensais que c'était pour le bien de Bernard à quoi Bernard est passé outre, c'était la règle que je ne voulais pas qu'il découche.

Bernard : Oui ! mais c'était pas découcher, enfin c'était coucher ailleurs dans ce sens que tu savais où j'étais quoi, disons.

Mère : (avant que Bernard n'achève) Sauf que je n'étais pas prévenue . . . mais (le problème) c'était la répétition, la répétition dans une semaine de ce fait et l'espèce de liberté énorme qu'il prenait tout d'un coup de ne pas rentrer à la maison . . .

Lors de cette même séance la mère décrit l'attente du retour de Bernard pour le dimanche de la fête des Mères : "(Toute la matinée à se demander) viendra-t-il, viendra-t-il pas . . . c'est ça qui fait que toute la vie se trouve basculée . . ." La mère déplore de ne pas avoir été soutenue par le père par rapport à ce problème des sorties nocturnes : *Mère* : . . . Bernard était en train d'aller dans le mauvais sens de nouveau et (il) fallait absolument qu'il trouve une barrière et puis que moi je n'étais pas capable de lui donner puisqu'il . . . moi il m'a renversé en fait en tant que barrière . . . pour moi, c'était très angoissant que ce ne soit pas son père qui le mette (. . .).

14e séance

Lors de cette séance rapport d'une interaction violente entre la mère et le fils au sujet d'un désaccord concernant l'heure à laquelle l'entretien de famille était fixé :

Mère : (...) C'est la Xème fois que Bernard me fait la chose de me soutenir que j'ai dit autre chose quand ça l'arrange (...) je ... je n'admets pas le ton sur lequel il me l'a dit, bon, et puis en plus c'est une chose qui est à répétition ...

Mère : ... J'ai giflé Bernard parce qu'il était face à moi et vraiment *il ne baissait pas pavillon* (...) *je l'ai giflé* ... euh, bon, il m'a ... *il m'a pris par les bras, il m'a fait atrocement mal* et son attitude était tellement provocatrice encore enfin vue par moi que effe ... et j'étais tellement maintenue violemment parce qu'il était vraiment *très violent physiquement* que je lui ai *craché à la figure* (...) Il est parti et puis (...) cinq minutes après pour quelle raison, ça je l'ignore d'ailleurs, il est revenu et puis il a commencé à farfouiller dans les affaires de couture etc. et le plus naturellement du monde à me dire : "J'ai besoin d'une aiguille et du fil ... euh, c'est où ?

Si nous essayons de reprendre dans une synthèse ce "discours passionné" autour de quoi s'organise-t-il ? Tout d'abord d'un concernement de la mère à l'exclusion de tout autre partenaire : si l'injonction adressée à Bernard vient d'un NOUS parental, c'est le JE maternel qui reçoit la réponse "en pleine figure". Le passer-outre, le renversement et la vie qui bascule concerne aussi ce même JE ... Il en est de même des sorties non planifiées par la mère, à l'image de sa sortie de sa famille d'origine non planifiée par sa propre mère. De même c'est Bernard qui me "trompe" comme elle avait dû "tromper" sa famille à cause de ses relations avec son père. En un mot, on peut entendre la mère nous dire "Bernard me fait la chose" et "c'est une chose qui est à répétition". Cette chose qui semble les concerner exclusivement dans le présent ne plonge-t-elle pas ses racines dans les blessures d'un passé non-cicatrisé où se rejoue le drame de l'inceste avec le père ? Histoire dont le contour est encore si douloureux qu'il n'est pas encore possible d'en faire le tour pour le réparer ou le "recoudre" comme la scène de l'aiguille l'illustre dans une métaphore saisissante. A travers ces gestes et ces cris de violence, de haine et d'amour on peut entendre ce qui n'a jamais pu se dire au père à la fois aimé et haï, mécanisme de "split loyalty" (Boszormeny-Nagy) où Bernard permet à sa mère de réactualiser une problématique touchant à une séparation impossible, problématique dont nous avons souligné le lien avec le père de Simone mais qui ne le concerne pas uniquement. La séparation impossible concerne

aussi bien le père que la mère. Il suffit de se référer au sentiment de trahison des parents vécu par la mère de Bernard au moment de son mariage, trahison concrétisée plus tard par les menaces de suicide de sa mère après le décès de son deuxième époux.

Si ce discours peut se développer dans la famille c'est pour sauvegarder le sous-système formé par le couple parental : Bernard a pour mission de sauver le couple en polarisant tous les conflits sur lui. Mais le prix à payer est une confusion, un flou générationnel qui ravive d'autant la crainte de l'inceste et de la mort.

Nous aimerions illustrer les voies qui permettent de sortir de ce magma relationnel et qui y ramènent selon le principe de "l'effet jokary"². Mécanisme de présence et d'absence qui nous semble spécifique des familles à risque toxicomaniaque que nous avons pu observer : après 11 séances où nous avons proposé un setting avec toute la famille, nous avons pu constater une amélioration de la famille et de Bernard en particulier qui pouvait nous faire penser que la symptomatologie avait pu être dépassée. Bernard rechute cependant et, conformément à son rôle, se signale encore plus massivement lorsque nous commençons à travailler avec le couple parental seul (15^e séance). Les premières séances avec le couple parental (15^e séance et suivantes) furent même fortement envahies par les soucis provoqués tant par l'absence que par la présence de Bernard dans la famille. Ce dernier fit d'ailleurs tant et si bien que, quelques mois plus tard, parallèlement aux entretiens de couple nous convoquions Bernard pour une série régulière d'entretiens. Nous voulions ainsi lui donner quittance de ses efforts pour garder sa place de patient désigné dans la famille.

15^{ème} séance

Setting où nous voyons le couple : les parents nous informent de l'intervention du Dr H. pour une cure de désintoxication à la Kétalgine. La date du . . . avait été transmise à Bernard comme date limite pour trouver un travail sinon il était mis dehors de chez lui. La séparation d'avec Bernard est posée par le père en terme d'exclusion, de punition. De toute façon, la menace est inopérante ne serait-ce que parce que la mère, tout en disant être d'accord avec son mari pour la limite du . . . dit aussi qu'elle ne supporte pas cette mise à la porte.

16^{ème} séance

Le couple semble avoir progressé dans l'harmonisation des points de vue quant à la conduite à tenir face à Bernard.

Père : La décision (du départ de la maison) est prise . . .

Mère : on la lui a communiqué.

Le départ selon le père ne peut se poser qu'en termes d'exclusion vu la violence physique et verbale de Bernard envers ses parents. "Si je suis un fumier et une ordure, c'est sa liberté d'expression de le penser, mais il ne mange pas mon pain, il ne boit pas mon eau, il va ailleurs".

Le Dr H. vient interférer en disant qu'il n'est pas bon à son avis de la faire partir maintenant mais les parents restent fermes.

Les solutions envisagées sont d'envoyer Bernard dans un kibboutz en Israël ou en Autriche ou en Allemagne ou même au Canada comme bûcheron. Autant de solution qui connotent la séparation en terme d'exclusion et préparent un retour en catastrophe dans le giron familial, illustration du message élastique. La mère, reproduisant au cours de cette séance le discours tenu à Bernard, montre l'impossibilité actuelle de négocier une distance satisfaisante : "Si tu restes sur . . . (ville où habite les parents), c'est-à-dire que tu ne tiens pas tellement à t'en sortir, je dois dire qu'on était très négatif, bon ! Euh . . . mais . . . euh . . . alors maintenant rapide dans huit jours tu es loin de la maison, tu te débrouilles . . . C'est à lui à chercher, n'importe où ! " Autant dire que le père et la mère proposent à Bernard une séparation avec retour assuré. D'ailleurs le feed-back de Bernard est dans ce sens : il emprunte la voiture de son père alors qu'il n'a pas de permis et provoque un accident en enclenchant la marche arrière au lieu de la marche avant. De plus, selon les dires de la mère, il va travailler irrégulièrement, est pratiquement tout le temps à la maison "comme une larve, endormi, suant, transpirant . . ."

17ème séance

Bernard a trouvé une chambre au foyer du X. Ambiance orageuse quand Bernard passe à la maison.

20ème séance

Bernard est incarcéré pour vol d'usage (une moto) et conduite sans permis. Bernard reste quelques jours seulement à la prison de . . . ayant échappé à une inculpation touchant au trafic de drogues qui aurait pu être beaucoup plus grave . . . Etat inquiétant de Bernard transmis par les parents qui nous amène à le convoquer. Il ne viendra pas à cette première convocation, mais viendra au mois de janvier.

22ème séance

Bernard fait le forcing pour se signaler. Il déserte sa chambre du foyer du X. Pour le père, Bernard est un "malade psychique", il a régressé à un niveau mental au-dessous du dernier né de la famille.

N'arrête pas de "bousculer" ses parents avec des demandes d'ordre narcissique touchant à sa personne. Il répète toujours la même chose, centré sur lui-même, pour la même question à quelques minutes d'intervalle. Compte tenu de son attitude, il reçoit son congé de la pension où il avait été admis, pour fin janvier. Mais les événements se précipitent... La date de fin janvier ne peut être atteinte, Bernard doit partir avant : violence et chantage au suicide se succèdent suite à une déception amoureuse : Bernard tente de se taillader en brisant sa fenêtre, se couche au milieu de la route. Emmené d'urgence chez le Dr H., Bernard est interné de force à la clinique psychiatrique du lieu. Au cours de cette dernière scène, très violente, le père prête main forte aux infirmiers et au Dr H. Peu de temps après, il nous relate la scène et peut quitter son attitude distanciée et sarcastique pour se laisser aller à son émotion. C'est à cette même époque que nous pouvons suivre Bernard dans un setting individuel et parallèle à celui dans lequel nous continuons à voir les parents. A la clinique psychiatrique, le comportement de Bernard est décrit comme celui d'un abandonnique, écho de la problématique du tout ou rien dans lequel son départ est tracé par sa famille.

Début février, Bernard revient à la maison après son séjour en clinique psychiatrique. Le retour fait monter la tension : la mère nous confie avoir pleuré toute la journée au moment où on lui a dit que Bernard rentrait. La famille s'échappe dans la recherche de "la maison" qui l'accueillera.

23ème séance

Bernard a commencé à travailler de nouveau. Il refuse en bloc une maison telle qu'un foyer ou un internat thérapeutique. Dit que c'est "le mettre à la porte". Parle d'un studio près de chez les parents. Reste en attendant chez ses parents. Bernard parle cependant d'un voyage en bateau de trois semaines pour le compte de son patron.

Alors que le setting de couple avec les parents donne de bons résultats et permet l'élucidation du secret tournant autour de l'inceste, Bernard rechute violemment. Les premiers signaux qu'il émet sont ceux de la maladie : il est atteint d'une hépatite suite à une injection d'héroïne "en compagnie d'un copain". Bernard, comme à son habitude en pareille situation, laisse traîner des indices de sa toxicomanie : c'est une bouteille de Kétalgine laissée "par hasard" qui alertera les parents... l'hépatite n'ayant pas suffi.

"Le dernier acte"

Lorsque la rechute de Bernard fut manifeste pour toute la famille, nous annonçons aux parents que nous allons remplacer les deux der-

niers entretiens de couple prévus par deux entretiens de famille en connotant cela comme un sacrifice que le couple fera pour la fonction parentale aux dépens de la fonction conjugale. Outre la réponse à ce que la famille donnait à voir avec la rechute de Bernard, nous entendions par là prescrire le dysfonctionnement habituel du couple et par là paradoxalement, continuer le travail à ce niveau tout en l'interrompant . . .

32ème séance : nous avons convoqué Bernard et ses parents.

Le père prend, contrairement à son habitude, une place plus importante et c'est lui qui décrit l'état dramatique dans lequel Bernard se traîne à la maison : "grabataire", "tu vivais sur ton lit et puis c'était tout . . ." Pour la première fois, le père dit son opposition à toute réinscription de Bernard dans un circuit de désintoxication à la Méthadone ou aux médicaments. Le père et la mère cette fois sont solidaires dans leur attitude tant par rapport à la drogue que par rapport à la Méthadone. Aux interventions paradoxales des thérapeutes qui poussent la mère à garder son inconditionnalité envers Bernard, cette dernière peut répondre en quittant le concernement univoque dans lequel elle était enfermée et fait apparaître la dimension d'épouse et de mère : "Voilà, où il m'a poussé, j'en suis là, je le déteste par moments, je le déteste de tout ce qu'il nous fait souffrir, endurer, par rapport à moi, par rapport à mon mari, par rapport à mes autres enfants, je ne peux plus vivre quand il est comme ça . . .".

Nous avons le sentiment que si nous assistons à une moindre tolérance ou complicité des parents par rapport au comportement de Bernard, c'est qu'à cette séance le fantasme de la mort de Bernard a été clairement mis en évidence.

Mère : Il nous fait peur en se droguant, il ne va pas trop loin parce qu'il sait parfaitement qu'il a la Métha . . . qu'il a la possibilité d'avoir de la Méthadone, mais pendant ce temps là nous on trinque et ça pour lequel je ne peux plus, c'est ce petit jeu de destruction à . . . auquel il s'amuse, parce qu'il détruit lui, bon, en premier, moi, mon mari et mes autres gosses alors comme ça c'est plus possible.

Thér. : Est-ce que quand Bernard est dans des états pareils tout le monde pense à la mort quand même ?

Mère : Mais bien sûr, qu'on y pense à la mort ! (ton excédé)

Thér. : Ah! je ne sais pas

Mère : Enfin, moi oui, en tout cas. Mais . . . ça rôde autour de nous. Après tout on se dit . . . mais . . . Denis a raconté quand X est mort (d'overdose) bon ben effectivement on cache rien aux enfants parce que finalement c'est pas possible de cacher aux petits . . .

A la fin de cette séance, nous prescrivons deux rituels que nous envoyons par écrit à tous les membres de la famille.⁴

1er rituel : le vendredi X, Bernard ne doit pas être sous l'effet de drogue ou de médicament. Il s'étend sur son lit s'imaginant inconscient. Sur sa table, il a pris soin de laisser des traces qui pourraient faire penser qu'il s'est fixé. Maman le découvre dans sa chambre au bout de quelques instants. Elle appelle Papa et les enfants. Tous se réunissent silencieux trois minutes autour du lit où Bernard est toujours dans la même attitude. Au bout des trois minutes, papa demande à tout le monde de se retirer. Bernard regagne ensuite le groupe familial.

2ème rituel : un jour de la semaine suivante, Bernard ne rentre pas à souper. La date lui sera précisée par ses parents ce prochain week-end. A sa place, son couvert est mis et sur l'assiette, maman place une photo de lui, enfant. Cette photo restera tout le long du repas.

La prochaine séance est fixée, avec toute la famille. Le premier feed-back à la prescription de ces rituels nous est amené par Bernard qui vient voir les thérapeutes en catastrophe le jour que nous avons fixé pour l'exécution du premier rituel : sa mère et lui pensent qu'il vaudrait mieux se procurer "une seringue pour impressionner les petits" ; or, il n'en a plus et il vient nous demander de lui en procurer une. Sinon il pourrait aller s'en procurer une dans un quartier de la ville qu'il connaît . . . Cette démarche téléguidée par la mère, nous semble signe d'un retour d'un concernement à deux de la problématique toxicoma-

⁴ Ces rituels minutieusement préparés doivent intégrer chaque membre du système et veulent viser ici à la fois le mythe familial de la famille unie, indissociable, et le problème de la mort tel qu'il nous est apparu : l'inceste pouvant être considéré dans ses effets comme une mort (forclusion du tiers).

Cette famille est certes unie mais surtout, à certains moments trop peu différenciée pour permettre une distanciation de chacun de ses membres et donc une autonomie et une séparation possible. Par ailleurs, le rituel nous a paru le dernier recours à envisager face aux différentes rechutes, même circonscrites, de prise d'héroïne, pour réintroduire la dimension symbolique de la mort qui a circulé durant tout le traitement dans le registre du réel et de l'imaginaire. La mise en scène, à travers le rituel, va compléter la mise en mots de ce concept terrifiant et problématique de la mort, tellement redoutée et présente qu'elle est occultée ou désirée dans cette famille comme dans la plupart des familles à risque toxicomaniaque que nous avons suivi depuis 1975.

niaque. Elle implique en outre un renvoi de Bernard dans le réel avec les risques que cela peut comporter, alors que notre prescription du rituel visait le passage du réel au symbolique par l'emploi de la métaphore. Nous prescrivons de nouveau à Bernard le rituel et nous lui suggérons de demander à son père et à sa mère de lui fabriquer une seringue en carton ou d'en dessiner une . . .

33^{ème} séance

La séance débute par le récit des violences de Bernard. Le départ de la famille est décrit en termes apocalyptiques, un tremblement de terre où cette fois tout le monde est réellement concerné. Contrastant avec cette scène, on peut observer une attitude de Bernard beaucoup plus sereine qui tient à souligner qu'il a lui-même trouvé une chambre et que cette solution lui convient. Étant donné la précipitation du départ, les règles permettant les "aller-retours" entre le domicile parental et son studio n'ont pu être fixées clairement. Pour le proche avenir une cure de désintoxication d'une semaine, en entrée volontaire, à la clinique psychiatrique du lieu est prévue.

Les moments les plus féconds de la séance se situent autour du report fait par la famille des deux rituels prescrits : ce sont les deux plus jeunes enfants de la famille qui exprimeront le vécu de tous dans le premier rituel :

Bertrand dit qu'au début il avait eu envie de rire et Henri précise : "au début, j'ai cru que c'était un peu pour s'amuser et à la fin j'en ai compris le sens". Henri ajoute que d'habitude quand il rentre dans la chambre de Bernard et le voit sur son lit, il ne sait pas s'il dort ou s'il est mort.

Pour le deuxième rituel, la mère donne la parole à Jan. A ce propos on peut voir un changement dans cette façon de distribuer la parole et de ne plus parasiter le discours des autres. Jan : "Avec cette photo, on voulait le retrouver comme avant, comme il était avant". Le père : "C'était une photo où Bernard avait un sourire qu'il n'a plus maintenant". Bernard : "On sourit moins quand on a 19 ans, 20 ans. Papa il sourit moins que quand il était petit". En choisissant la photo, qu'elle a choisi fort grande, la mère souligne qu'elle voulait une présence "comme s'il était là".

Dans ces deux rituels, c'est bien de mort qu'il s'est agi : seulement au lieu de se jouer dans le réel de la drogue, dans le premier rituel, l'angoisse par rapport à la mort a pu se jouer dans une dialectique qui mettait en scène l'absence (l'évanouissement mimé) et la présence. Le deuxième rituel permettait, autour de la photo, de reprendre la dialectique de l'absence et de la présence que la mère nous semble avoir particulièrement bien saisie.

A la fin de la séance, les thérapeutes prescrivent que le père et la mère se réunissent, d'abord entre eux, pour établir les règlements concernant "l'absence et la présence" de Bernard à la maison. Dans un deuxième temps, ils négocieront ce qu'ils ont élaboré avec Bernard.

La séance de bilan (34^e séance) ne fera que confirmer le changement constaté lors de la séance précédente. Nous nous focaliserons sur l'unité et la compétence des parents par rapport à Bernard. Compétence que les parents ont suffisamment bien intégré pour que l'amélioration du climat familial en général et de Bernard en particulier soit mis au compte de vacances passées ensemble et qui ont été une réussite permettant un redémarrage de Bernard au niveau social (travail) et personnel.

M.O. Goubier-Boula
Médecin-adjoint

O. Real
Psychologue

Institut de Médecine légale
8, Passage de la Radio
CH-1211 Genève 4

RESUME

Dans les familles à risque toxicomaniaque, l'autonomie ne peut se faire que sous une forme "pseudo": la séparation du système familial d'origine implique en effet une relecture de l'inceste et de la mort dans l'imaginaire et le réel réactualisant ce qui n'a pu se négocier dans ce domaine au niveau symbolique dans le couple parental.

Un cas clinique illustre cette problématique de la séparation/individuation: les quinze premières séances ont visé à mettre en évidence la fonction du symptôme toxicomaniaque pour l'économie du groupe familial dans son ensemble. L'étape suivante a permis d'aborder petit à petit la problématique du couple en tant que tel. Au cours de ces séances focalisées sur le couple, le patient désigné s'est resignalé avec une telle insistance que les thérapeutes ont été amenés à faire deux séances avec toute la famille: le problème de la séparation et de la mort a été introduit sous la forme de deux rituels. Illustration par ce biais de la fonction du rituel pouvant permettre l'introduction dans un champ symbolique de la mort et de la séparation.

SUMMARY

In families where there is a risk of drug dependence, authentic autonomy is not achieved: separation of an individual from the family

system implies reliving (in fantasy and in reality) the experience of both incest and death, thus reactivating processes between the parents which remain unresolved at a symbolic level.

A clinical case is described to illustrate the issue of separation and autonomy : the first fifteen sessions were directed towards showing the role played by drug dependence in the homeostasis of the whole family group. In the following stage the problems of the parental couple were gradually brought into the therapy. During the sessions devoted to the parents alone, the labelled patient gave renewed signals of distress with such great insistence, that the therapists devoted two further sessions to the whole family : separation and death were brought into the therapeutic setting by means of two rituals. This experience illustrates the use of ritual to introduce symbolically the experience of death and separation in family therapy.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.a) AUSLOOS, G. : "Systèmes — Homéostasie — Equilibration" (Essai). *Thérapie Familiale*, 2/3, p. 187-203, 1981.
- 1.b) AUSLOOS, G. : "Famille à transactions délictogènes" (Aperçu d'une recherche), *Annales de Vauresson*, Numéro spécial, Vauresson, 1979.
2. BOSZORMENYI-NAGY, I. ; SPARK, G.M. : *Invisible Loyalties* (Reciprocity in intergenerational Family Therapy), New York, Harper and Row, 1965.
3. HOCHMANN J. : *Pour une psychiatrie communautaire*. Ed. du Seuil, 1971.
4. MADANES, C. ; DUKES, J. ; HARBIN, H. : "Family Ties of Heroïn Addict", *Archives of general Psychiatry*, vol. 37, p. 889-894, 1980.
5. ROSOLATO, G. : *La différence des sexes et du père*, Essais sur le symbolique. Ed. Gallimard, 1969.
- 6.a) STANTON, M.D. : "The Addict as Saviour : Heroïn, Death and the Family", *Family process* 16, p. 191-197, 1977.
- 6.b) STANTON, M.D. : *A Family Theory of Drug Abuse*, chapter 9 in : D. Lettieri, M. Sayers and H. Pearson (Eds) "Theories on Drug Abuse : Selected contemporary Perspectives. NIDA Reserach Monograph Series No 30, Washington, D.C. : US Government Printing Office, 1980.
7. STANTON, M.D. ; COLEMAN, S.B. : *The Participatory Aspects of indirect self-destructive Behaviour : The addict Family as a Model* Farberow, N.L. (Ed.), *The many Faces of Suicide : indirect self-destructive Behaviour*, New York, Mc Graw Hill, 1980.
8. STERNSSCHUSS, S. : "Thérapie familiale et toxicomanie", *L'information psychiatrique*, vol. 57, p. 321-334, mars 1981.
9. STIERLIN, H. : "Principes de la thérapie familiale avec les jeunes perturbés" (Séminaire international d'Etudes comparées sur la délinquance juvénile, Vauresson Mai/Juin 1979.

INFORMATION

COMPTE-RENDU : TOXICOMANIE, ALCOOLISME ET THERAPIE FAMILIALE DU 14-15 NOVEMBRE 1981 A BRUXELLES

Duncan STANTON, Thomas TODD

Les deux thèmes alcoolisme et toxicomanie ont été traités conjointement par Duncan Stanton et Thomas Todd. Beaucoup de similitudes lient ces deux problématiques tant au niveau de la fonction du symptôme que des systèmes familiaux dans lesquels il se manifeste.¹

Les auteurs ont montré l'importance des cycles de la vie et de la crise qui leur est liée pour comprendre la prise de drogue ou d'alcool. Selon eux, la toxicomanie se manifeste plutôt dans des classes d'âge liées à la période de l'adolescence. Les intervenants pensent que la toxicomanie touche plus fréquemment des personnes issues de classes sociales favorisées.

Quelques caractéristiques définissant les familles de drogués et d'alcooliques

Il existe selon Duncan Stanton et Thomas Todd, des constantes communes aux deux substances, d'autres étant liées à l'une ou l'autre. Il nous a été parfois difficile de les distinguer.

— Chez les jeunes qui prennent des drogues dures, on constate fréquemment des relations de type incestueux avec un des parents,

— dans 80 % des familles considérées, on constate une "dépendance" d'un des membres de la génération précédente, que cela soit à la boisson, médicaments ou TV,

— les interactions à l'intérieur de ces familles sont non schizo-phréniques, les alliances et les conflits sont ouvertement exprimés ; il existe une pseudo-mutualité dans la relation du couple-parents,

— dans la relation mère-enfant, les mères se montrent souvent inadéquates au moment de l'adolescence de leurs enfants, établissant une relation symbiotique avec eux.

¹ Précisons d'emblée que les intervenants entendaient en l'occurrence par toxicomanie, l'absorption de drogues dures.

– Dans les familles de toxico les intervenants relèvent une atmosphère mortifère. On préfère voir l'enfant mort plutôt que séparé. Ces familles ont souvent subi des pertes traumatiques, dans le passé, des morts prématurées.

– Le taux de toxicomanie est plus élevé dans les familles présentant une disparité transculturelle, (par exemple : immigration). Les enfants sont souvent courroie de transmission entre les parents et la culture ambiante, et par là même parentifiés.

– Contrairement à ce que l'on pourrait croire les patients gardent toujours un lien avec l'un ou l'autre membre de la famille d'origine, parfois avec l'aide d'un intermédiaire comme un travailleur social. Ceci a été démontré même pour les clochards.

– Le taux de divorce augmente uniformément dans toutes les classes de population et ne peut pas être mis en rapport avec l'apparition d'une dépendance vis-à-vis de la drogue ou de l'alcool.

Fonction du symptôme

Les comportements toxicomaniaques ont une fonction bien précise tant dans le système familial que pour l'individu lui-même. On peut la définir comme une fonction de pseudo-individuation ou de déresponsabilisation. L'absorption de drogue ou d'alcool permet de s'extraire momentanément de la famille, permet de la quitter sans la quitter, ce qui préserve le sentiment de loyauté et maintient la cohésion familiale. Le symptôme a une fonction adaptative. Par l'alcool, le patient identifié exprimera plus de chaleur, plus de force de caractère, plus d'autorité sur les enfants. L'alcool permet un équilibre dans le couple entre celui qui "sauve" et celui qui est "à sauver".

La drogue permettra d'être "séparé" tout en restant dans le système, d'exprimer son agressivité tout en ne l'assumant pas (puisque c'est à cause de la drogue), d'avoir une expérience orgasmique à défaut de relations sexuelles.

La drogue est un moindre compromis dans une famille qui est sur le point d'éclater et qui ne supporterait pas de voir un des siens partir.

Quelques pistes de traitements

Traitement de couple où un des conjoints est alcoolique

Le conjoint de l'alcoolique est en général le membre le plus motivé à obtenir un changement. D. Stanton propose un traitement en deux phases.

INFORMATION

COMPTE-RENDU : TOXICOMANIE, ALCOOLISME ET THERAPIE FAMILIALE DU 14-15 NOVEMBRE 1981 A BRUXELLES

Duncan STANTON, Thomas TODD

Les deux thèmes alcoolisme et toxicomanie ont été traités conjointement par Duncan Stanton et Thomas Todd. Beaucoup de similitudes lient ces deux problématiques tant au niveau de la fonction du symptôme que des systèmes familiaux dans lesquels il se manifeste.¹

Les auteurs ont montré l'importance des cycles de la vie et de la crise qui leur est liée pour comprendre la prise de drogue ou d'alcool. Selon eux, la toxicomanie se manifeste plutôt dans des classes d'âge liées à la période de l'adolescence. Les intervenants pensent que la toxicomanie touche plus fréquemment des personnes issues de classes sociales favorisées.

Quelques caractéristiques définissant les familles de drogués et d'alcooliques

Il existe selon Duncan Stanton et Thomas Todd, des constantes communes aux deux substances, d'autres étant liées à l'une ou l'autre. Il nous a été parfois difficile de les distinguer.

— Chez les jeunes qui prennent des drogues dures, on constate fréquemment des relations de type incestueux avec un des parents,

— dans 80 % des familles considérées, on constate une "dépendance" d'un des membres de la génération précédente, que cela soit à la boisson, médicaments ou TV,

— les interactions à l'intérieur de ces familles sont non schizo-phréniques, les alliances et les conflits sont ouvertement exprimés ; il existe une pseudo-mutualité dans la relation du couple-parents,

— dans la relation mère-enfant, les mères se montrent souvent inadéquates au moment de l'adolescence de leurs enfants, établissant une relation symbiotique avec eux.

¹ Précisons d'emblée que les intervenants entendaient en l'occurrence par toxicomanie, l'absorption de drogues dures.

– Dans les familles de toxico les intervenants relèvent une atmosphère mortifère. On préfère voir l'enfant mort plutôt que séparé. Ces familles ont souvent subi des pertes traumatiques, dans le passé, des morts prématurées.

– Le taux de toxicomanie est plus élevé dans les familles présentant une disparité transculturelle, (par exemple : immigration). Les enfants sont souvent courroie de transmission entre les parents et la culture ambiante, et par là même parentifiés.

– Contrairement à ce que l'on pourrait croire les patients gardent toujours un lien avec l'un ou l'autre membre de la famille d'origine, parfois avec l'aide d'un intermédiaire comme un travailleur social. Ceci a été démontré même pour les clochards.

– Le taux de divorce augmente uniformément dans toutes les classes de population et ne peut pas être mis en rapport avec l'apparition d'une dépendance vis-à-vis de la drogue ou de l'alcool.

Fonction du symptôme

Les comportements toxicomaniaques ont une fonction bien précise tant dans le système familial que pour l'individu lui-même. On peut la définir comme une fonction de pseudo-individuation ou de déresponsabilisation. L'absorption de drogue ou d'alcool permet de s'extraire momentanément de la famille, permet de la quitter sans la quitter, ce qui préserve le sentiment de loyauté et maintient la cohésion familiale. Le symptôme a une fonction adaptative. Par l'alcool, le patient identifié exprimera plus de chaleur, plus de force de caractère, plus d'autorité sur les enfants. L'alcool permet un équilibre dans le couple entre celui qui "sauve" et celui qui est "à sauver".

La drogue permettra d'être "séparé" tout en restant dans le système, d'exprimer son agressivité tout en ne l'assumant pas (puisque c'est à cause de la drogue), d'avoir une expérience orgasmique à défaut de relations sexuelles.

La drogue est un moindre compromis dans une famille qui est sur le point d'éclater et qui ne supporterait pas de voir un des siens partir.

Quelques pistes de traitements

Traitement de couple où un des conjoints est alcoolique

Le conjoint de l'alcoolique est en général le membre le plus motivé à obtenir un changement. D. Stanton propose un traitement en deux phases.

La première où le travail se fait principalement avec le membre sobre dans le but de le décourager à changer son conjoint et lui permettre de prendre de la distance. Cette distance tendra à provoquer une aggravation du symptôme qu'il faudra utiliser pour proposer une cure de désintoxication. Une fois la situation "asséchée" il est opportun de laisser un long laps de temps (proposition d'une année) avant la poursuite du traitement. Pendant cette période, il y aura vraisemblablement un malaise dans le couple, la disparition du symptôme, bouleversant l'équilibre. Ce n'est qu'à partir du moment où le couple viendra avec une autre demande, qu'un traitement conjugal pourra être entrepris.

Traitement des familles d'héroïnomanes

Les familles de drogués sont souvent difficiles à mobiliser car elles se sentent menacées. Elles ne souhaitent en général que la disparition du symptôme sans aucun autre changement.

Un des objectifs défini par Todd pour ce type de prise en charge est reconstituer la hiérarchie à l'intérieur du système en remplaçant les parents dans leur rôle de parents et en respectant la hiérarchie des enfants entre eux, selon leur âge.

Une des phases importantes de la responsabilisation des parents est de les faire décider de la quantité de drogue qu'ils estiment acceptable à ce moment-là.

Cette phase s'ouvre sur un travail de projection dans l'avenir afin que la famille se mette d'accord sur ce qu'elle peut tolérer comme changements dans la vie de leur enfant (exemple : appartement, travail). Il est important d'avertir les parents qu'un processus d'individuation de l'enfant peut provoquer la séparation du couple.

Le traitement proposé par Stanton et Todd est une thérapie brève, en dix séances environ.

Pour terminer ce résumé, nous souhaiterions faire une suggestion. Dans notre pratique, nous avons constaté que la toxicomanie médicamenteuse est très répandue, en particulier dans le cas des femmes de couches populaires. Il nous semble très important d'aborder également cet autre aspect de la toxicomanie.

*Geneviève Ziegler
Marianne Amiguet²*

² Ont participé : Ariane Regamey
Claire-Lise Cuendet
Anne-Lise de Rham

SOCIOLOGIE ET SOCIÉTÉS



Revue thématique semestrielle : (avril et octobre) ■ La seule revue de sociologie de langue française à vocation internationale en Amérique (chaque article est résumé en français, en anglais et en espagnol) ■ Présente des visages nouveaux ou inconnus de ce phénomène particulier qu'est le Québec français en Amérique du Nord ■ Abonnement annuel : Canada \$12 (étudiants : \$8,50) / Pays étrangers \$14 ■ Institutions (Tous les pays) \$18 ■ Le numéro : \$7,50 ■

* DÉJÀ PARUS : Phénomène urbain, 1972, \$3 ■ Problèmes sociaux en U.R.S.S., 1972, \$3 ■ Les systèmes d'enseignement, 1973, \$5 ■ Sémiologie et idéologie, 1973, \$5 ■ Femme / travail / syndicalisme, 1974, \$5 ■ Domination et sous-développement, 1974, \$5 ■ Science et structure sociale, 1975, \$5 ■ Travaux et recherches sur le Québec, 1975, \$5 ■ Pour une sociologie du cinéma, 1976, \$5 ■ La mobilité sociale : pour qui, pour quoi?, 1976, \$5 ■ La gestion de la santé, 1977, \$6 ■ Psychologie / Sociologie / Intervention, 1977, \$6 ■ Le développement des relations sociales chez l'enfant, 1978, \$6 ■ Changement social et rapports de classes, 1978, \$6 ■ Critique sociale et création culturelle, 1979, \$7,50 ■ Développement national et économie mondialisée, 1979, \$7,50 ■ Éducation, économie et politique, 1980, \$7,50 ■ Réflexions sur la sociologie, 1980, \$7,50 ■ Etc.

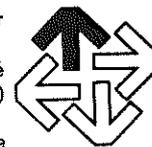


À PARAÎTRE — Les femmes dans la sociologie, vol. XIII, n° 2, octobre 1981, sous la direction de Nicole Laurin-Frenette ■ La sociologie : une question de méthode(s) ?, vol. XIV, n° 1, avril 1982, sous la direction de Gilles Houle.

BON DE COMMANDE ET BULLETIN D'ABONNEMENT — Tous nos abonnements annuels (1^{er} janvier - 31 décembre) commencent avec le premier numéro de chaque volume.

■ Ci-joint un chèque ou mandat (établi à l'ordre des Presses de l'Université de Montréal) de \$..... Veuillez m'expédier le(s) volume(s) souligné(s)*.

■ Je désire souscrire un abonnement à «*Sociologie et sociétés*» pour l'année



NOM _____

ADRESSE _____

Code postal _____



**LES PRESSES
DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL**

C.P. 6128, succ. «A»
Montréal, Qué. Canada H3C 3J7
Tél. : 343-6321-25

Disponible en France : Librairie l'École (CLUF), 11, rue de Sèvres, 75728 Paris.

La première où le travail se fait principalement avec le membre sobre dans le but de le décourager à changer son conjoint et lui permettre de prendre de la distance. Cette distance tendra à provoquer une aggravation du symptôme qu'il faudra utiliser pour proposer une cure de désintoxication. Une fois la situation "asséchée" il est opportun de laisser un long laps de temps (proposition d'une année) avant la poursuite du traitement. Pendant cette période, il y aura vraisemblablement un malaise dans le couple, la disparition du symptôme, bouleversant l'équilibre. Ce n'est qu'à partir du moment où le couple viendra avec une autre demande, qu'un traitement conjugal pourra être entrepris.

Traitement des familles d'héroïnomanes

Les familles de drogués sont souvent difficiles à mobiliser car elles se sentent menacées. Elles ne souhaitent en général que la disparition du symptôme sans aucun autre changement.

Un des objectifs défini par Todd pour ce type de prise en charge est reconstituer la hiérarchie à l'intérieur du système en replaçant les parents dans leur rôle de parents et en respectant la hiérarchie des enfants entre eux, selon leur âge.

Une des phases importantes de la responsabilisation des parents est de les faire décider de la quantité de drogue qu'ils estiment acceptable à ce moment-là.

Cette phase s'ouvre sur un travail de projection dans l'avenir afin que la famille se mette d'accord sur ce qu'elle peut tolérer comme changements dans la vie de leur enfant (exemple : appartement, travail). Il est important d'avertir les parents qu'un processus d'individuation de l'enfant peut provoquer la séparation du couple.

Le traitement proposé par Stanton et Todd est une thérapie brève, en dix séances environ.

Pour terminer ce résumé, nous souhaiterions faire une suggestion. Dans notre pratique, nous avons constaté que la toxicomanie médicamenteuse est très répandue, en particulier dans le cas des femmes de couches populaires. Il nous semble très important d'aborder également cet autre aspect de la toxicomanie.

*Geneviève Ziegler
Marianne Amiguet²*

² Ont participé : Ariane Regamey
Claire-Lise Cuendet
Anne-Lise de Rham

SOCIOLOGIE ET SOCIÉTÉS



Revue thématique semestrielle : (avril et octobre) ■ La seule revue de sociologie de langue française à vocation internationale en Amérique (chaque article est résumé en français, en anglais et en espagnol) ■ Présente des visages nouveaux ou inconnus de ce phénomène particulier qu'est le Québec français en Amérique du Nord ■ Abonnement annuel : Canada \$12 (étudiants : \$8,50) / Pays étrangers \$14 ■ Institutions (Tous les pays) \$18 ■ Le numéro: \$7,50 ■

* DÉJÀ PARUS : Phénomène urbain, 1972, \$3 ■ Problèmes sociaux en U.R.S.S., 1972, \$3 ■ Les systèmes d'enseignement, 1973, \$5 ■ Sémiologie et idéologie, 1973, \$5 ■ Femme / travail / syndicalisme, 1974, \$5 ■ Domination et sous-développement, 1974, \$5 ■ Science et structure sociale, 1975, \$5 ■ Travaux et recherches sur le Québec, 1975, \$5 ■ Pour une sociologie du cinéma, 1976, \$5 ■ La mobilité sociale : pour qui, pour quoi?, 1976, \$5 ■ La gestion de la santé, 1977, \$6 ■ Psychologie / Sociologie / Intervention, 1977, \$6 ■ Le développement des relations sociales chez l'enfant, 1978, \$6 ■ Changement social et rapports de classes, 1978, \$6 ■ Critique sociale et création culturelle, 1979, \$7,50 ■ Développement national et économie mondialisée, 1979, \$7,50 ■ Éducation, économie et politique, 1980, \$7,50 ■ Réflexions sur la sociologie, 1980, \$7,50 ■ Etc.



À PARAÎTRE — Les femmes dans la sociologie, vol. XIII, n° 2, octobre 1981, sous la direction de Nicole Laurin-Frenette ■ La sociologie : une question de méthode(s) ?, vol. XIV, n° 1, avril 1982, sous la direction de Gilles Houle.

BON DE COMMANDE ET BULLETIN D'ABONNEMENT — Tous nos abonnements annuels (1^{er} janvier - 31 décembre) commencent avec le premier numéro de chaque volume.

■ Ci-joint un chèque ou mandat (établi à l'ordre des Presses de l'Université de Montréal) de \$..... Veuillez m'expédier le(s) volume(s) souligné(s)*.

■ Je désire souscrire un abonnement à «*Sociologie et sociétés*» pour l'année



NOM _____

ADRESSE _____

Code postal _____



**LES PRESSES
DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL**

C.P. 6128, succ. «A»
Montréal, Qué. Canada H3C 3J7
Tél. : 343-6321-25

Disponible en France : Librairie l'École (CLUF), 11, rue de Sèvres, 75728 Paris.

CONDITIONS DE PUBLICATION

1 — La revue "Thérapie Familiale" publie des contributions théoriques originales, des apports cliniques et pratiques, des débats sur les théories qui sous-tendent cette nouvelle approche : systèmes, communication, cybernétique ; des analyses, des bibliographies et des informations sur les associations de thérapie familiale, les centres et les possibilités de formation.

2 — Les articles sont publiés en français et doivent être accompagnés d'un résumé analytique de 10 à 20 lignes en français et en anglais. Le titre doit être également traduit en anglais.

3 — Les articles soumis pour publication doivent être écrits à la machine, à interligne double, recto seulement, à raison de 25 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas vingt pages.

La première page comporte le titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms complets des auteurs et l'adresse du premier auteur. L'article est adressé en six exemplaires.

4 — Les articles soumis pour publication ne doivent pas être proposés parallèlement à d'autres revues.

5 — Le comité de rédaction décide de la publication et se réserve le droit de solliciter les modifications de forme qu'il juge nécessaire.

6 — Le premier auteur sera considéré comme responsable de la publication. Il assure la correction des épreuves. Les épreuves devront être retournées dans un délai d'une semaine au maximum. Le premier auteur recevra 30 tirés à part.

Les manuscrits soumis à la rédaction ne sont pas retournés à leur auteur.

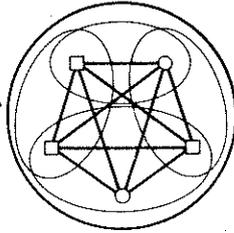
BIBLIOGRAPHIE

Les références figureront en fin d'article, numérotées et dans l'ordre alphabétique des auteurs.

La référence d'un article doit comporter dans l'ordre suivant : nom de l'auteur et initiales des prénoms ; titre dans la langue (sauf si caractères non latins), titre de la revue non abrégé (la rédaction se réserve de l'abréger selon la World list of scientific periodicals, Oxford) tome, première et dernière page, année.

La référence d'un livre doit compter dans l'ordre suivant : nom de l'auteur et initiales des prénoms ; titre dans la langue ; nom de l'éditeur, ville, année.

Pour les ouvrages publiés originellement en langue étrangère mais dont la traduction a paru en français, il serait préférable d'indiquer les références de l'édition francophone.



THERAPIE FAMILIALE Vol. III – 1982 – No 3

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Editorial	197
B. BORWICK : Consultations préliminaires dans le traitement de l'alcoolique ..	201
M. ELÖD : Intervention thérapeutique et préventive auprès d'un groupe familial à haut risque	215
G. AUSLOOS : La thérapie familiale dans l'alcoolisme et les autres toxicomanies : brève revue de la littérature américaine	235
J.-P. ROUSSAUX : Familles d'héroïnomanes en thérapie	257
M.-O. GOUBIER-BOULA et O. REAL : L'inceste, la mort et la toxicomanie ..	271

CONTENTS

ORIGINALS ARTICLES

Editorial	197
B. BORWICK : Preliminary consultations in treatment of alcoholic patients ..	201
M. ELÖD : Therapeutic and preventive intervention in a high risk family	215
G. AUSLOOS : Family therapy of alcohol and drug abuse : short review of the american litterature	235
J.-P. ROUSSAUX : Families of young heroin addicts in therapy	257
M.-O. GOUBIER-BOULA and O. REAL : Incest, death and drug dependence : a systemic approach	271