

# Thérapie individuelle, Chimiothérapie et thérapie familiale dans le cadre de la toxicomanie

*Pierre Angel*

**E**voquer les différentes modalités thérapeutiques dans le champ de la toxicomanie est un défi.

Le sujet fait périodiquement l'objet de débats passionnés entre intervenants qui ne resserrent les rangs que face aux adeptes du tout répressif, aux tenants du "surveiller et punir".

Après 20 ans de "lutte contre la toxicomanie", il est possible de dresser un état des lieux des divers paradigmes qui sous-tendent les choix opérés. Les présupposés idéologiques orientent la récension des faits étudiés, leur compréhension, la généralisation des conclusions.

Chaque discipline a tendance à partir d'un corpus limité à présenter sa théorisation comme explicative de la totalité du phénomène étudié. Or le domaine des pharmacodépendances est trop complexe pour qu'on se permette d'ignorer certains des paramètres mis en jeu.

Ces derniers sont multiples, fluctuants, imprécis. Leur analyse dépend entre autres du degré de tolérance ou d'interdits qui régulent une société, de l'apparition de nouvelles drogues, de la définition de la dépendance, de la sensibilité différente des individus aux mêmes drogues.

La toxicomanie s'inscrit dans une dynamique anthropologique de plusieurs façons :

- Les schémas socioculturels d'utilisation des drogues et les stratégies de réduction de la demande varient suivant les contextes historiques, géographiques ou économiques.

- Le recours à l'usage de la drogue est envisa-



gé comme remède à l'angoisse existentielle et au désenchantement du monde, comme modèle initiatique et on évoquera avec Szaz les rituels de la drogue ou l'expérience hallucinogène.

- Les modèles psychothérapeutiques appartiennent en propre à chaque culture.

Plusieurs classifications des théories sur la toxicomanie ont été publiées. Celle du National Institute of Drug Abuse à Washington recense plus de 40 théorisations différentes.

J'évoquerai brièvement quelques unes qui servent de référence à une approche chimiothérapeutique ou à une démarche psychothérapeutique.

L'approche familiale fera l'objet d'un plus long développement.

Au cours des deux dernières décennies les recherches en neurophysiologie, en neurochimie et en neuropsychopharmacologie ont fait des progrès considérables. La découverte de nouvelles classes de neuromédiateurs et la meilleure compréhension des mécanismes adaptatifs modifient les conditions d'analyse de la dépendance.

Ce phénomène s'appuie sur un jeu de structures moléculaires et procédures métaboliques intra et extra cellulaires spécifiques. Elles témoigneraient plutôt de la stimulation d'un processus de neuromodulation que d'un effet direct sur la transmission synaptique d'un message.

Dans cette perspective, la notion de dépendance serait associée à une modification des perceptions réelles et de la tonalité affective qui leur est naturellement attribuée au niveau du thalamus.

Les manifestations émotionnelles et les comportements seraient adaptés non pas à la réalité de la situation mais au ressenti.

Le grand intérêt des récentes découvertes sur le mécanisme d'action des drogues et des médicaments induisant une pharmacodépendance est d'avoir permis de comprendre que ces substances chimiques interféraient avec des mécanismes biologiques préexistants. L'article de Marc Reisinger donne une illustration en évoquant la place du traitement de substitution chez les héroïnomanes.

L'approche biologique s'est accompagnée de progrès indéniables sur le plan psychopharmacologique.

Les sevrages de différentes drogues revêtent un caractère moins douloureux grâce à des médicaments, psychotropes pour la plupart. Le recours aux médicaments est parfois précieux pour réduire la symptomatologie sous-jacente ou induite par les toxicomanies.

Je pense entre autres aux antidépresseurs chez certains usagers de cocaïne et aux neuroleptiques chez les patients qui ne sont pas revenus de voyages répétés sous LSD.

Il ne serait cependant pas pertinent de réduire un phénomène biosocio-psychologique complexe à sa seule dimension neurobiologique.

L'ordre de l'intentionnalité, du désir, est écarté au profit de processus biologiques longtemps qualifiés d'irréversibles pour justifier un traitement de maintenance au long cours.

La référence aux modèles psychodynamiques est prévalente en France.

De nombreuses propositions théoriques ont été formulées qui éclaireront les significations prises par les conduites toxicomaniaques dans l'économie psychique du sujet.

D'une certaine façon, le toxicomane crée la drogue. Les analystes insistent sur les profils psychopathologiques qui majorent la vulnérabilité des jeunes exposés aux toxiques : organisations génitales, personnalités fusionnelles, états-limites.

Le toxique est inscrit dans une logique du besoin, non du désir. Il représente une solution illusoire pour colmater les failles du psy-

chisme, réguler l'angoisse, prévenir l'émergence d'une violence indifférenciée.

D'autres modèles phénoménologiques, behavioristes et plus récemment cognitivistes ont été proposés.

Quelque soit leur formation, les cliniciens attestent des obstacles majeurs rencontrés lors de ces prises en charge marquées par une élaboration transférentielle et contre-transférentielle problématique, la fréquence des passages à l'acte, la mésestime de soi ineffaçable du toxicomane.

Les modes d'approches classiques sont largement mis en échec. Les thérapeutes sont constamment conduits à innover. Parmi beaucoup d'autres, je retiens l'originalité des travaux sur la pathologie narcissique largement inspirés par Kohut et Kernberg ou celle d'Olievenstein osant le terme de psychothérapie perverse.

L'équation personnelle du thérapeute, ses singularités comme dit Mony Elkaïm, prévalent sur la qualité de sa théorisation. Il fait avec ce qu'il est tout autant qu'avec ce qu'il sait.

Pour reprendre la terminologie bipolaire d'Albert Memmi, la pourvoyance est lourde à porter pour le thérapeute, toujours coupable, toujours incapable de satisfaire complètement à la demande du dépendant.

Par découragement, par impuissance, par lassitude, le pourvoyeur parfois n'arrive pas à faire face. Pourquoi ne renonce-t-il pas? Parce que l'on ne renonce pas si facilement à la pourvoyance.

Il existe une dépendance du pourvoyeur à la pourvoyance.

Le soignant doit donner. Songeons à l'extrême disponibilité des intervenants vis-à-vis de ceux qui sont les exclus des exclus, les nouveaux parias de nos sociétés post-industrielles.

L'irruption brutale du SIDA a considérablement assombri l'horizon. Les gratifications du clinicien sont minces et rares.

Pour les toxicothérapeutes, c'est parfois la décompensation sur un mode similaire à celui de leurs clients : ils ne résistent plus au piège du toxique, aux séductions

du passage à l'acte et de la transgression.

Certaines des dynamiques que nous avons décrites chez les familles de toxicomanes se retrouvent amplifiées dans les fonctionnements institutionnels.

Face à certaines pathologies, les institutions développent de véritables stratégies d'évitement à fonction défensive qui renvoient au phénomène de la cécité familiale quasi constante.

Les mécanismes de déni, de scotomisation, de désignation d'un bouc émissaire, de rejet ou de phagocytose retentissent en profondeur sur la prise en charge des clients.

Comme les familles, les institutions oscillent entre deux positions:

- anarchiques avec l'absence de loi et un effondrement des barrières générationnelles.

- ou totalitaires laissant libre cours à la violence et à la transgression parfois légitimée et ritualisée.

L'approche familiale a permis d'approfondir nos connaissances sur la genèse des toxicomanies.

Les études sur les facteurs de risques familiaux mettent l'accent sur:

- le divorce, la séparation précoce des parents, voire une mésentente majeure ;

- la fréquence des placements nourriciers ou de l'éducation des enfants par la famille élargie;

- des transplantations culturelles multiples.

Ces facteurs, considérés isolément, ne sont pas spécifiques. Par contre, la clinique familiale nous montre de quelles manières ils peuvent être à l'origine ou accentuer certaines interactions pathogènes. Nous avons également accueilli au centre Monceau, certaines familles "unies", où tout allait bien" avant l'intoxication du jeune. Aucun facteur de risque habituel n'était présent. L'analyse interactionnelle du fonctionnement de ces familles nous a conduit à décrire les phénomènes suivants:

### **1) - La cécité familiale**

Il existe un temps de latence entre le moment du début de l'intoxica-

tion du jeune et le moment où la famille repère cette conduite, qui est le plus souvent dénoncée par un tiers. En fait, la cécité familiale renvoie à un mécanisme de déni qui est partagé par l'ensemble des membres du groupe familial. Cette cécité peut se comparer à celle que l'on constate dans les familles d'anorexiques.

## 2) - Le déni de l'enjeu mortel

Le déni de l'enjeu mortel des conduites de risque du jeune est le fait de l'ensemble du groupe familial. Le risque vital, sans cesse présent, est rarement envisagé consciemment par les membres de la famille. Nous retrouvons ce mécanisme lorsque le patient est séropositif. Il est souvent impossible à la famille d'intégrer cette information.

## 3) - Les mécanismes de dépendance

La dépendance aux produits renvoie bien évidemment à la dépendance aux parents, à ce que nous avons appelé la "familiodépendance". La dépendance du toxicomane à l'égard de sa famille fait écho au paradoxe énoncé par les parents : "sois autonome en restant près de nous, sois indépendant en rendant des comptes". Ce principe de l'autonomisation précoce prend un aspect plus spécifique dans ces constellations. Combien de jeunes adolescents avons-nous vu vivre dans des chambres de bonnes isolées, adolescents fragiles qui déprimaient mais au nom de l'idéal libertaire énoncé par les parents cachaient leurs souffrances. Ce temps de la solitude alternait avec des règles familiales strictes. Pris entre les exigences d'une morale désuète et un isolement, reflet d'un rejet parental inconscient, ces jeunes trouvaient dans l'usage des drogues une sédation à leurs angoisses.

L'héroïne, par ses effets anxiolytiques et euphorisants, donne la possibilité d'être présent tout en étant absent (défoncé). Considérée sous l'angle interactionnel, la conduite toxicomane revêt une valeur adaptative en permettant à chacun des membres du groupe de faire l'impasse sur les conflits liés à la "séparation-individuation" de l'adolescent.

## 4) - Les pathologies familiales

On constate la fréquence des épisodes psychopathologiques chez les parents : états dépressifs, avec parfois tentatives de suicide, alcoolisme, décompensation névrotique sévère.

Notons, de plus, la fréquence des conduites suicidaires dans la famille élargie et également la surconsommation de psychotropes chez les parents. Les frères et soeurs présentent les mêmes difficultés, en partie des conduites de risques, des manifestations de délinquance, des troubles de conduites alimentaires, des tentatives de suicide...

## 5) - Les transgressions transgénérationnelles

L'abord transgénérationnel des familles a permis de mettre en évidence la multiplicité des transgressions répétitives d'une génération à l'autre. Il s'agit également de familles où l'on constate une absence de barrières générationnelles (les vrais mariages de la famille sont ceux qui unissent la mère et le fils, le père et la fille, aboutissant à des relations quasi-incestueuses).

## 6) - Les phénomènes d'acculturation et de déculturation

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

**R**emarquons également dans ces familles la fréquence des décès prématurés et des processus de deuil mal élaborés, qui contribuent à aggraver les mécanismes dépressifs.

A notre sens, le cadre cybernétique et systémique devrait permettre de réinscrire la prescription chimiothérapeutique, l'intervention psychothérapeutique, le travail institutionnel dans l'ensemble des contextes considérés. Par exem-

ple, la circulation des médicaments dans le groupe familial constitue parfois une donnée centrale pour saisir la dynamique de certaines familles, participant d'un ensemble de codes verbaux et non-verbaux très élaborés. Dans beaucoup de familles où s'exprime une psychopathologie toxicomane, le patient identifié n'est pas le seul à absorber chaque jour un ou plusieurs produits pharmacologiques. Les parents de toxicomanes montrent une consommation de psychotropes très largement supérieure à celle des adultes des groupes témoins.

Les médicaments sont des vecteurs communicationnels multicanaux, dont les entrées et les sorties témoignent de l'action à des niveaux très différents de l'organisation neuro-physiologique, psychique et interactionnelle. L'impact des psychotropes mérite d'être reconnu dans l'appréciation des séquences de communication. C'est dire la valeur positive des modèles hétérogènes : les degrés de libertés retrouvés pour les patients et leur famille s'inscrivent davantage dans les espaces interstitiels entourant les différents champs d'action, pratiques ou théoriques. Les limites thérapeutiques se révèlent souvent elles-mêmes thérapeutiques.

Notre incapacité à concevoir, à penser certains aspects des systèmes de telle ou telle famille, l'émergence d'un vif sentiment d'échec entre les familles et thérapeutes peuvent permettre des redéploiements créatifs souvent inattendus.

Dr Pierre ANGEL, Praticien hospitalier  
Centre Médical Marmottan  
Président de l'Association de Thérapie Familiale Monceau.  
Maître de conférence en psychopathologie Université Paris VII.