

INTERET DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE DANS LE SOIN AUX ADDICTIONS DU SUJET JEUNE

Jean-Luc VENISSE*

« Les familles heureuses se ressemblent toutes ; les familles malheureuses sont malheureuses chacune à sa façon » Léon TOLSTOÏ (Anna Karenine).

L'importance d'un abord systémique des problématiques addictives est soulignée depuis au moins une trentaine d'années et même si la France est restée longtemps un peu en retard vis-à-vis de ce type d'approche par rapport aux pays anglo-saxons et européens voisins, il faut rappeler que le centre de thérapie familiale Monceau a ouvert ses portes à Paris dès le début des années 1980. (2)

Modélisée initialement à partir des travaux de Grégory BATESON concernant la schizophrénie, (3) l'approche systémique a rapidement été étendue à d'autres problématiques, notamment psychosomatiques et addictives.

Il n'est pas question ici de reprendre l'historique de ces travaux ; plutôt de souligner à quel point le registre de l'addictologie justifie tout particulièrement un tel point de vue, aussi bien au niveau de l'analyse et la prise en compte des interactions familiales au sein desquelles s'inscrivent ces conduites pathologiques, que du côté de l'organisation et du fonctionnement du dispositif soignant qui leur est consacré.

1 – les conduites addictives : expression d'une problématique globale de dépendance

Il est désormais tout à fait classique, et cliniquement évident, que les addictions dans leur diversité (c'est-à-dire notamment avec ou sans drogue), au delà de la dépendance à un comportement, avec ou sans consommation de substances psychoactives, manifestent une dépendance problématique à l'entourage le plus proche de celui qui s'y trouve entraîné et enfermé. C'est ce qui conduit à faire de ces troubles des conduites des pathologies du lien témoignant peu ou prou d'un achoppement du travail de séparation-individuation dont le deuxième temps tel qu'il a été théorisé par Peter BLOS, dans le cadre des étapes du développement psycho-affectif, se situe à la période de l'adolescence.

L'épidémiologie nous confirme que les conduites addictives s'installent dans une période sensible qui correspond justement à l'adolescence, et ce même pour celles qui de par leur génie évolutif propre ne conduiront à de graves dommages motivant la rencontre avec le système de soin que beaucoup plus tard (c'est le cas par exemple des conduites de jeu pathologique et à un moindre degré des conduites d'alcoolisation).

Dans cette mesure la dépendance à un comportement, avec ou sans produit, peut avoir valeur d'auto traitement de substitution d'une dépendance inélaborable aux proches et réaliser un compromis acrobatique entre une revendication d'autonomie souvent affirmée haut et fort et un besoin de dépendance dont la représentation même doit être déniée.

Parmi les paradoxes de ces conduites, de l'anorexie mentale à la toxicomanie la plus classique en passant par beaucoup d'autres modalités de mise en danger et d'auto sabotage, se trouve le fait que la dimension de dégageant, de démarcation, que comporte l'addiction, au moins initialement, aboutit rapidement à renforcer les systèmes de dépendances intra-familiaux y compris dans les situations de rupture apparente des liens.

* Service d'Addictologie CHU NANTES – CSAA 9 bis rue de Bouillé 44000 NANTES

Pour rendre compte de cette difficulté majeure que rencontrent ces adolescents à assumer cette étape de la séparation-individuation, on invoque principalement, au sein d'une conception multifactorielle de ces troubles qui insiste sur les effets de rencontre et de sommation, de facteurs et fragilités multiples, biologiques, psychologiques et socio-environnementaux, sur la **faille narcissique** sous-jacente qui sous-tendrait la plupart de ces solutions addictives. Autrement dit c'est par ce que ces jeunes n'auraient pas constitué un capital de sécurité et de confiance personnelle suffisant que l'enjeu de la séparation serait chargé d'une potentialité destructrice ; comme si l'un ou l'autre des protagonistes ne devait pas y survivre.

On peut penser à partir de là que ce « défaut fondamental » comme l'appelait Mickaël BALINT, en général rapporté à des interactions précoces parents – enfants dysfonctionnelles, trouve sa pleine mesure lorsqu'il est resitué dans un espace plus large. Reconsidérée dans le cadre de la caisse de résonance familiale, la fragilité narcissique de l'adolescent et sa séparation – individuation avortée peuvent être envisagées du côté de l'interdépendance de ceux qui constituent le système familial.

C'est le sens de l'approche familiale systémique que de replacer les tentatives apparemment inadaptées du jeune addictif dans le contexte qui les éclaire et fait de lui souvent à la fois un garant de l'homéostasie familiale et un thérapeute de sa famille.

A distance des risques de diabolisation comme de victimisation de ces familles, il s'agirait plutôt de prendre le pari que le comportement problème d'un, et souvent de plusieurs de ces membres, traduit une crise maturative de la famille, plus ou moins surdéterminée par un certain nombre d'éléments transgénérationnels ; crise pouvant justifier d'une aide spécifique.

Parmi ces éléments transgénérationnels sur lesquels l'accent est mis depuis une quinzaine d'années, il faut faire une place de choix aux pathologies du deuil dont on sait combien elles dramatisent les enjeux de perte dans les processus de séparation ; ces expériences de deuils traumatiques à la génération des grands-parents ou arrière grands-parents, très difficiles à élaborer, auxquelles on relie également depuis les travaux de FERENCZI, puis Nicolas ABRAHAM et Maria TOROK, les pratiques d'incorporation que les conduites addictives réalisent à leur manière (1).

C'est ce qui a conduit certains comme François-Xavier COLLE à parler de généalogie de la dépendance, et qui en clinique se marque par le fait que les difficultés d'individuation d'un jeune renvoient souvent à la séparation inachevée de ses parents d'avec leurs propres parents.

Ainsi par exemple de Stéphanie suivie pendant plus d'un an dans la perspective d'une hospitalisation à temps plein à laquelle elle se refuse, à la fois au niveau d'entretiens individuels, d'entretiens concernant spécifiquement ses parents, et de quelques entretiens familiaux auxquels participe également son frère aîné. Elle attendra pour accepter une hospitalisation de jour et remettre en question sa conduite anorexique que ses parents, et notamment sa mère, ait pu prendre conscience et aménager une dépendance extrême à ses parents vivant sous le même toit. Le décès précoce de l'arrière-grand-mère maternelle de Stéphanie, alors que sa fille était encore adolescente, s'avèrera rapidement au cours de ces entretiens, avoir été un déterminant initial majeur de cet espace de séparation introuvable au niveau transgénérationnel dont l'anorexie de Stéphanie et le projet d'hospitalisation peuvent être considérés comme révélateurs et occasion d'une mise en question et en chantier.

Une figuration à peine différente de cet impact est représentée par la notion de « cours-circuit générationnel » développée notamment par Patrick CHALTIEL et Sylvie ANGEL, et qui est à rapprocher de celle de parentification des enfants décrite initialement à propos des pathologies psychosomatiques mais très opérante dans le champ de l'addictologie dans lequel le sujet entretient souvent, une relation anaclitique avec un de ses parents (ce qui suppose qu'il soit en général tout à la fois appuyé sur lui et à son chevet, au plus près de l'éthymologie de ce terme) ; on parle également volontiers dans le même esprit de télescopage des générations.

En pratique clinique on est souvent frappé par la dimension extrêmement mortifère des interactions dans les familles de patients addictifs, avec le sentiment que la mort du jeune est quelque part préférable à toute individuation et amorce de dissociation de la famille synchronique. Ce qui serait ainsi évité à travers l'omniprésence de la mort de l'adolescent, c'est ce qui se trouve associé au niveau du cycle de vie à cette phase d'individuation de l'adolescent, à savoir d'une part la mort et le deuil des grands-parents, et d'autre part la nécessité pour le couple parental d'assumer une deuxième phase de vie, dite du « nid vide » : « en fait tout se passe, écrivent Sylvie ANGEL et Patrick CHALTIEL, comme si la boucle générationnelle grands-parents – parents – enfants, était modifiée de telle façon que le couple parental redonne naissance à ses propres parents dans une famille synchronique interminable où les trois événements précédemment décrits n'ont plus cours ; à savoir : l'individuation de l'adolescent est impossible, le risque vital induisant la nécessité absolue de la protection parentale ; le deuil des familles d'origine est transformé en événement mineur devant la gravité de la situation ; enfin l'autonomisation du couple parental est annulée par la transmission directe d'un savoir grand parental donné à l'adolescent en excluant les parents » (2).

Ces fonctionnements permettent de comprendre la massivité des mécanismes de déni habituellement rencontrés dans ces familles et les innombrables modes de résistance, ou de complicité de résistance, avec le patient déployés par rapport au projet de soin. On a coutume de dire que le message implicite adressé aux thérapeutes par ces familles est en règle : « désintoxiquez-le mais ne nous changez pas ! ». Par ailleurs on connaît la dimension subversive et menaçante pour l'ordre établi dans la famille de la parole retrouvée du sujet en train de se libérer de son fonctionnement addictif avec la résurgence de conflits d'adolescence longtemps mis entre parenthèses.

A côté de ce point de vue psychogénétique qui privilégie de notion de cycle de vie et les enjeux de l'adolescence en tant que révélateur familial, un autre axe est celui des mythologies familiales souvent retrouvées dans ces familles, faisant une place de choix :

- aux mythes de pardon, expiation, donnant une valeur sacrificielle à la conduite addictive, dans l'esprit des écrits de René GIRARD notamment (ce qui peut s'articuler assez directement avec ce qui précède).
- ainsi qu'aux mythes de l'harmonie familiale, si prégnant et s'accompagnant pour certains, comme Denis VALLEE, d'un mythe du couple parental idéal, espace de relations aconflictuelles et asexuées, qui s'appuierait sur un fantasme d'endogamie selon lequel le lien conjugal serait de même nature que les liens du sang, c'est à dire indéfectible (6).

On mesure la dimension transgressive, au moins inconsciente, de tels fonctionnements souvent perceptible à un niveau transgénérationnel aussi bien du côté du registre des lois et de la justice que du registre des normes morales, en particulier à type de transaction incestuelle.

Ces transactions incestuelles ne sont pas aisées à repérer dans la pratique clinique puisqu'une de leur fonction est justement de garantir l'occultation portée sur certains faits. Néanmoins on sait qu'à travers les équivalents d'inceste que peuvent représenter certains objets, symptômes ou encore activités et ambiances familiales, comme certains secrets, le clinicien averti saura remarquer ce qu'ils cachent et exhibent tout à la fois. Leur capacité à induire, contre transférentiellement, une véritable sidération de la pensée, ou au contraire une excitation de l'activité fantasmatique à tonalité plus ou moins obscène, est un indicateur précieux, de même que l'atmosphère de confusion et de dédifférenciation qui affecte les individus et les générations aussi bien que l'articulation entre intime, public et privé. (ref 9 article Synapse : neurosciences : usage et substances psychoactives et dépendance))

2 – Face aux capacités très faibles d'auto organisation de ces familles, qu'on qualifie souvent de familles dysfonctionnelles non rigides par opposition aux familles de psychotiques, et compte-tenu de la symbiose inter-individuelle et de la dédifférenciation des générations et des sexes qui s'y manifestent, il est essentiel que le cadre de soin proposé, d'une part ménage un espace spécifique pour la famille, et d'autre part essaie de ne pas répéter en miroir, au moins durablement, les fonctionnements précédemment décrits.

Ménager un espace spécifique pour la famille, c'est faire exister un espace apte à recevoir ses mouvements transférentiels c'est-à-dire faisant une place au moi / non moi groupal du patient (en référence aux travaux de Maurice BERGER sur la fonction transitionnelle des entretiens familiaux) (4). Cet espace prendra des formes concrètes différentes avec chaque famille en fonction de beaucoup de facteurs difficiles à codifier et il serait dommageable de le réduire comme on le fait trop souvent au cadre strict de la psychothérapie familiale réglée même si celui-ci reste très privilégié pour mettre au travail les fonctionnements précédemment évoqués, à travers notamment une dynamique d'affiliation et d'appareillement des thérapeutes, la mieux à même pour beaucoup de révéler et d'infléchir les interactions les plus problématiques.

Différents types d'entretiens plus ou moins formalisés et élargis participent dans les pratiques soignantes à cet espace pour la famille de même qu'une disponibilité et une écoute suffisante portées aux interventions de tel ou tel membre du groupe familial. Cela commence dès les premières rencontres avec l'importance d'entendre et d'évaluer qui demande quoi pour qui. Ainsi les interactions fondatrices de la rencontre entre systèmes familiaux et systèmes thérapeutiques ont-elles tout intérêt à être abordées dans la perspective de l'instauration d'un contexte métathérapeutique qui permette de travailler à la redéfinition du problème dans la famille, d'aider chacun à gérer de façon plus tranquille ses relations avec les autres, et notamment le patient désigné. L'émergence de demandes de thérapies individuelles ou plutôt duelles de la part de tel ou tel membre du groupe familial témoigne sur ce fond commun d'une ouverture qui peut être soutenue avec l'idée d'espaces distincts et complémentaires. Ceci vaut d'ailleurs plus largement pour l'ensemble des propositions thérapeutiques susceptibles d'être faites au fil de l'évolution d'une prise en charge qui se conçoit en règle sur plusieurs années.

On sait combien la pluralité des intervenants et des espaces thérapeutiques est le plus souvent une garantie par rapport au patient addictif de ne pas être embarqué du côté d'un transfert massif, à tonalité narcissique, facteur de rupture précoce tant il vient solliciter une avidité et une appétence objectale insupportables. Inversement cette pluralité peut dans certains cas tourner à la cacophonie et ressembler à s'y méprendre à l'indifférenciation des places et des fonctions qui règne dans ces familles. C'est pourquoi l'approche systémique peut là encore nous aider à prévenir ces risques, ou tout au moins à repérer de telles dérives avec l'espoir que la redéfinition de nos cadres thérapeutiques, de nos fonctionnements en réseau, plus ou moins formalisés, aide ces familles à redéfinir elles aussi leurs fonctionnements d'une façon qui permette au patient addictif comme à ceux qui l'entourent de récupérer un espace de liberté et d'individuation.

On peut dire que c'est à cette condition que les conduites addictives que présentent certains adolescents sont une occasion pour un travail de séparation – individuation, resté en souffrance au sein de leur famille ... et peut-être parallèlement à cette condition également que le concept d'addiction, qui reste quelque peu exploratoire, est d'abord pour les soignants qui s'occupent de ces patients et de leur famille, une opportunité pour accepter leur dépendance, c'est à dire ne pas dénier la représentation angoissante de leur propre dépendance à ces sujets avides d'un tout massivement régressif, voire également leur dépendance à un système thérapeutique nécessairement élargi dans lequel ils ne sont qu'un élément parmi beaucoup d'autres.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ABRAHAM N. et TOROK M.
L'écorce et le noyau
FLAMARION ed Paris, 1987, 480 p.
- 2- ANGEL P. et S.
Familles et toxicomanie
Ed Universitaires, 1989, 137 p.
- 3- BATESON G.
Vers une écologie de l'esprit
T1 (1977), T2 (1980)
SEUIL Ed, Paris
- 4- BERGER M.
Entretiens familiaux et champ transitionnel
PUF, Paris, 1986
- 5- COLLE F. X.
Toxicomanies, systèmes et familles
ERES Ed, 1996, 262 p.
- 6- VALLEE D.
Les familles dépendantes introduction à la clinique des systèmes flous
TOXIBASE, 18, 2005, 7-12