

Carrefour de l'addictologie  
Nîmes, 29/09/2011

# Familles et addictions : travailler avec les familles

Jean-Michel Delile  
psychiatre, thérapeute familial, CEID, Bordeaux



# Plan

- introduction
- contrôle inhibiteur et éducation
- historique
- données actuelles
- efficacité mais difficultés
- comment travailler avec les familles ?
- perspectives



# Introduction

# Introduction

- tentation de la causalité linéaire :

alcool/drogue  problème familial

- parents/enfants : victimes/coupables ?
- réductionnisme : enfermement, parentectomie
- interaction, approche systémique

- 
- la famille est importante dans la genèse, le maintien, l'aggravation ou la résolution de l'addiction
  - intérêt des approches familiales dans la prise en charge globale
  - Approche collaborative



# Contrôle inhibiteur et éducation

Addiction et familles

# Neurobiologie des addictions

- L'initiation du processus est plutôt socio-environnementale
- La dépendance semble plutôt liée à des vulnérabilités psychologiques/socio-environnementales préalables et/ou à des facteurs biologiques et génétiques
- Qui va succomber ? Qui est résilient ?

# Principales théories

- Neurones dopaminergiques
- Cortex préfrontal et fonctions exécutives
- Circuits associés à la rechute
- Circuits associés au stress  
(vulnérabilités initiales, différences inter-individuelles)
- Niveaux cellulaires et moléculaires

# Cortex préfrontal et fonctions exécutives

- Les régions préfrontales sont impliquées dans des mécanismes essentiels de contrôle et d'inhibition
- Ces mécanismes sont affectés par une exposition importante et prolongée aux drogues
- Ces dysfonctions cognitives provoquent notamment une incapacité à inhiber les réponses associées aux drogues
- Réponses impulsives-compulsives

# Cortex préfrontal et contrôle inhibiteur

- Le dérèglement fonctionnel du cortex préfrontal serait à l'origine des conduites impulsives-compulsives
- **Vulnérabilité(s) ?**  
(Jentsch & Taylor, Psychopharmacology, 1999)
- Les états de motivations internes qui orientent le sujet vers la consommation d'un renforçeur primaire (ex. drogue) sont régulés, limités par un contrôle inhibiteur puissant préfrontal
- Son dérèglement amène à une concentration des conduites sur les stimuli de dépendance

# Imagerie cérébrale dans l'addiction

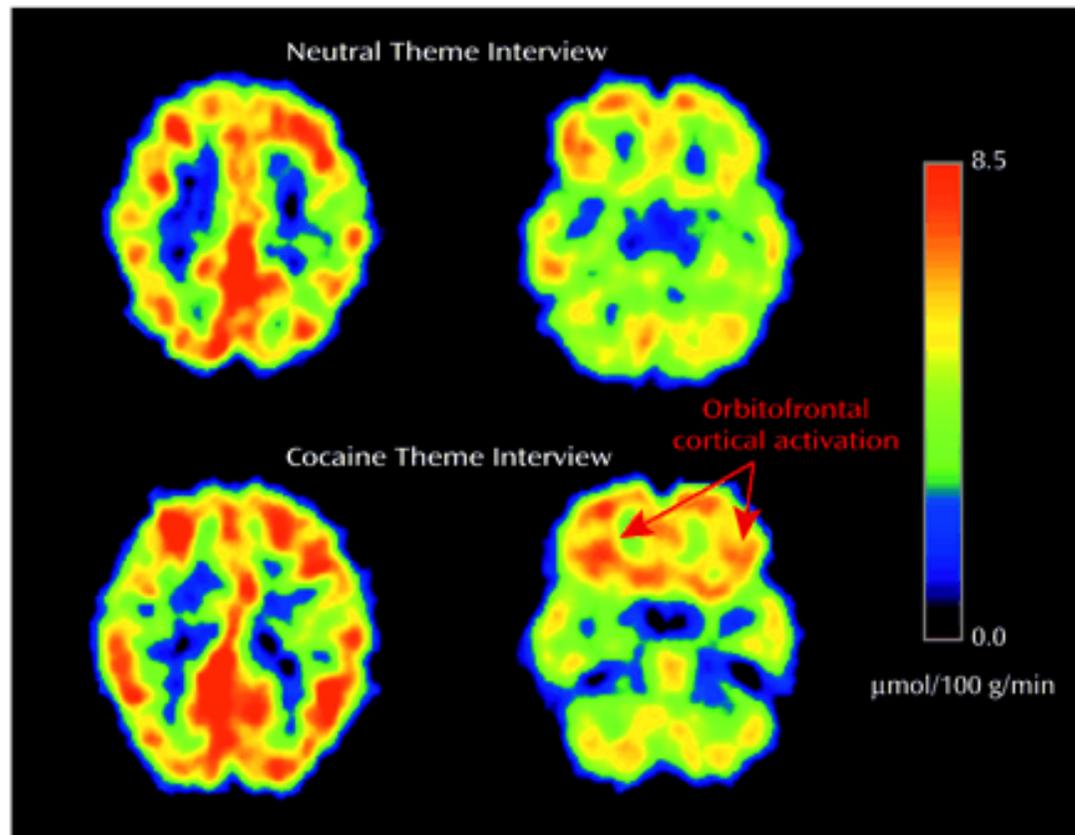
- Convergence des données expérimentales (animales) et de l'imagerie cérébrale
- Anomalies graves du fonctionnement des cortex préfrontal et cingulaire
- Détérioration des contrôles inhibiteurs et des prises de décision
- Choix sans cesse répété des récompenses immédiates
- Incapacité à différer une conduite

# **Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex**

**Rita Z. Goldstein, Ph.D. and Nora D. Volkow, M.D.**

**OBJECTIVE:** Studies of the neurobiological processes underlying drug addiction primarily have focused on limbic subcortical structures. Here the authors evaluated the role of frontal cortical structures in drug addiction. *Am J Psychiatry* 159:1642-1652, October 2002

**CONCLUSIONS:** These results imply that addiction connotes cortically regulated cognitive and emotional processes, which result in the overvaluing of drug reinforcers, the undervaluing of alternative reinforcers, and deficits in inhibitory control for drug responses. These changes in addiction, which the authors call I-RISA (impaired response inhibition and salience attribution), expand the traditional concepts of drug dependence that emphasize limbic-regulated responses to pleasure and reward.



Orbitofrontal Cortical Activation in Active Cocaine Abusers During a Cocaine Theme Interview and a Neutral Theme Interview, as Measured by FDG PET

# Applications...

- Le développement de l'addiction entraîne un dérèglement de la capacité d'attribuer à un renforceur ordinaire une valence attractive normale en raison de l'usurpation de ces valences par les drogues d'usage, au détriment des capacités de choix -ou de libre arbitre- du sujet (Volkow et al, Am J Psychiatry, 2002)
- Ces circuits de contrôle inhibiteur doivent avoir été sollicités régulièrement pour être en mesure de fonctionner
- Rôle des parents, de la famille, de l'éducation, de l'interdit, des limites



# Historique

- Identification des facteurs familiaux de vulnérabilité /protection
- Collage
- Ruptures

# Approche familiale des addictions

- Modèle de Denise Kandell (1975) :
  - alcool, tabac : social
  - cannabis : pairs
  - autres drogues illicites : familial
- Description « typique » de la famille « addict » :
  - Mère hyperprotectrice, permissive...
  - Père absent, détaché ou violent, imprévisible...  
« homme de paille »...
  - Taux très élevés de séparations/pertes



# Collage

# Un exemple de modèle systémique

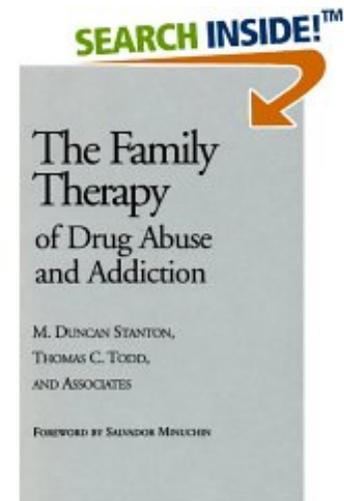
- Salvador Minuchin, Jay Haley
- M. Duncan Stanton & Thomas Todd
  - *Heroin addiction as a family phenomenon (1978)*
  - *The family therapy of drug abuse and addiction (1982)*
- Au-delà des particularités déjà relevées, ces auteurs notèrent l'extrême fréquence, intensité et durée des interactions, souvent conflictuelles, entre les jeunes *addicts* et leur famille, les plus longues cohabitations, etc.

# A (re)lire...

- Thérapie familiale des addictions
- Stanton, Todd et al.  
(1978, 1982)

Et, plus récemment,

« Family-based Treatment, stages and outcomes » (Duncan Stanton & Heath, 2005, 2011)



# Hypothèse homéostatique

- L'addiction *protégerait* la famille en donnant à l'*addict* une raison externe de ne pas s'autonomiser, de ne pas la quitter et donc de la maintenir
- L'angoisse fondamentale de séparation alimenterait des mécanismes de codépendance
- *Nous accepterons tout plutôt que de te voir nous quitter*
- Tentation de la *parentectomie* du côté des « soignants »

# Le choix du symptôme

## « addiction »

- Familles déjà exposées à des usages
- ou à d'autres pratiques addictives
- Familles *collées* avec de forts liens d'étayage réciproque
- Relations mère-enfant symbiotiques
- Forte présence des décès
- Familles en cours d'acculturation

# Fonction du symptôme

- Psychobiologie : plaisir régressif infantile, anxiolyse, mise à distance des affects tout en étant présent
- Comportemental : indépendance apparente dans le monde de la drogue, oppositions dévaluées : la drogue est responsable
- Une solution paradoxale qui permet d'être à la fois dedans et dehors :  
***pseudo-individuation***
- On s'émancipe de sa famille tout en y restant. Séparation/individuation

# Limites du modèle

- Il s'agit d'un modèle descriptif et non étiologique
- D'autres facteurs de vulnérabilité interagissent
- Beaucoup d'*addicts*, à l'inverse, ont connu des expériences précoces de séparation, de placement, de ruptures...
- Répétitions transgénérationnelles
- Mais quand les familles sont présentes, ce modèle nous rappelle qu'elles peuvent être un support essentiel de protection ou de changement



# Ruptures

# Maternité et toxicomanies

- *CASSEN M., DELILE J.M, POHIER E, FACY F, VILLEZ M, GACHIE JP*  
*Maternité et toxicomanies. Enquête ANIT-GRRITA-INSERM sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants.*  
*Alcoologie et addictologie 2004 ; 26(2) : 87-97.*
- *CASSEN M., DELILE J.M, POHIER E, FACY F, VILLEZ M, GACHIE JP*  
*Maternity and drug addiction*  
*Alcoologie et addictologie 2005 ; 27 (2 suppl) : 45S-56S*

# Femmes et Toxicomanies

## Séparations, violences...

- Près de 50 % de ces mères signalaient des expériences de séparation pendant leur enfance : foyers, familles d'accueil, placements judiciaires, placements chez les grands-parents... 25 % faisaient l'objet d'une mesure AEMO.
- 103/171 soit 60 % signalaient des violences intra-familiales : maltraitance psychologique (40 %), physique (40 %), abus sexuels (20 %), près de 10 % avaient « tout » subi.

# Répétition des séparations

- 154 mères sur 171 (90 %) font état d'expériences notables de séparations avec au moins un de leurs enfants
- Le taux d'expériences de séparation est stable aux alentours de 50 % quel que soit le rang dans la fratrie
- Durée moyenne de séparation : 33 mois

# Placements

- Dans 40 % des cas, la garde d'un enfant au moins a été retirée : 75 placements dans la famille (grands-parents essentiellement), 36 en familles d'accueil, 28 en institution
- 187 placements ont été pratiqués au total pour un taux moyen de placements par enfant de 62 %

# Facteurs de risque liés à l'histoire personnelle de la mère

- « L'enfance fracassée » (*shattered childhood*) n'est pas seulement un facteur de risques pour la gravité de l'UD, pour les TS chez les UD (*Rossow & Lauritzen, Addiction 2001*) mais aussi pour la répétition des comportements de négligence ou de maltraitance dans cette population.
- Transmission intergénérationnelle des séparations et traumatismes
- Rôle cumulé des facteurs de risques psychosociaux et liés à l'intoxication

# Facteurs de risques liés à l'addiction

- Ils agissent surtout sur la dimension (dés) implication/négligence (*Kumpfer & Demarsh, 1986; Suchman & Luthar, Addiction 2000*)
- À conditions socio-économiques contrôlées, les toxicomanies parentales sont corrélées avec des comportements de négligence (plutôt que d'abus ou de violences) (*Egami et al. 1996*)
- Chez les enfants : parentification, ressentiment, honte, angoisse, solitude, dépression, insécurité, craintes intenses de séparation ou d'abandon
- Risques élevés d'addiction



Données actuelles

# Facteurs familiaux

- Usages de produits psychotropes par les parents, par la fratrie
- Usagers dans la famille : prédicteur
- Modes d'éducation : *monitoring*, niveau d'implication/attachement, impact sur la place des pairs
- Qualité des liens, ouverture à la discussion permettant intériorisation, autocontrôle, meilleure gestion des stress

# Émotions exprimées

- Un niveau élevé d'émotions exprimées (critiques, hostilité, hyper-implication émotionnelle...) est un prédicteur de rechute des *addicts*.
- Les critiques incessantes sont un des facteurs pronostiques les plus péjoratifs : le malade et non sa maladie est jugé personnellement responsable du problème

# Comportements mal-adaptatifs

- Les comportements des parents (modalités d'application des règles, disputes violentes, temps passé avec les enfants, communication...) influent sur les enfants et vice versa : circulaire
- Un tempérament difficile de l'enfant à 6 ans est associé avec des comportements mal-adaptatifs des parents à 14-16 ans
- Les problèmes psychiatriques des enfants sont plus fréquents quand les comportements parentaux ont été mal-adaptatifs auparavant : anxiété, dépression, addictions de l'adolescent (Johnson et al, *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58, 453-460)

# Systemes élargis

- Un faible niveau d'échanges et de fonctionnement familial affecte le développement du jeune, contribue à son éloignement précoce, à son affiliation rapide à groupes de pairs (usagers) et vice versa
- Problèmes sociaux, voisinage, quartiers
- Acculturation
- Intérêt de l'approche systémique (et pas seulement familiale)
- S'appuyer sur les ressources collectives

# Polyconsommations chez les adolescents : spécificités de prise en charge

Dr Jean-Michel Delile  
CEID, Bordeaux

# Adolescents et addictions :

## Particularités de prise en charge

- Faible niveau de demande des adolescents
- Rareté des dépendances majeures
- Fréquence des comorbidités psychiatriques
- Évaluer la volonté de l'adolescent de diminuer ou d'arrêter ses consommations ou certaines d'entre elles, capacités de changement
- Intervenir précocement
- Co-déterminer des objectifs
- Place essentielle de la famille : séparation/individuation, implication
- Préciser le niveau d'intervention

# Efficacité des approches familiales avec les jeunes usagers

- Une revue des traitements pour les adolescents usagers de substances a montré que les thérapies familiales ambulatoires étaient supérieures à toute autre forme de thérapies ambulatoires pour les adolescents (Williams & Chang, 2000, *A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome*. Clin Psychol).
- et qu'elles devaient donc être une composante de tout programme de traitement des addictions chez les jeunes selon des modalités adaptées : TF, GMF, groupes de parents...



Efficacité mais difficultés

# Thérapies familiales et addictions

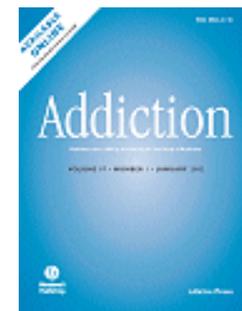
- William Miller a souligné que les approches familiales, interprétées comme un modèle étiologique, avaient pu contribuer à enfermer les familles concernées dans leur culpabilité
- « thérapies familiales »
- Ce constat pouvait expliquer pourquoi ces approches, reconnues comme particulièrement efficaces, pouvaient cependant rester peu utilisées en addictologie alors qu'elles se sont largement développées en médecine

# Alliance

- Approches collaboratives
- Travailler *avec* et non *sur* la famille
- ***William R. Miller***

*A collaborative approach to working with families*

(Addiction, 2003, 98(1), 5-6)



# Les familles comme soutien pour le changement

- Si certains fonctionnements familiaux peuvent entretenir le problème, les familles peuvent être aussi un puissant facteur de protection ou de changement
- Soutien à la motivation
- Protection/pression à la rechute de la part des pairs ou de facteurs conditionnels
- Resocialisation
- Soutien aux approches thérapeutiques
- Rôle majeur dans la prévention de la rechute

# Efficacité des approches familiales

- Les méta-analyses confirment l'efficacité de ces approches voire leur supériorité (associées à d'éventuels traitements médicamenteux) par rapport aux techniques individuelles, aux thérapies de groupes d'adolescents ou au *counselling* psycho-éducatif
  - Efficaces pour l'entrée en traitement, la rétention et la réduction des usages, surtout chez les adolescents
  - Effet durable
  - Validé notamment pour le cannabis
- (Stanton & Shadish, 1997, *Psychological Bulletin*)

# Réseaux de soutien

- L'efficacité de réseaux de soutien aux familles ou aux personnes concernées par d'autres familles a pu également être établie
- *Family support network for adolescent drug users*, Hamilton et al, 2001, NIDA
- Approche groupale et didactique proche des GMF
- MDFT

## Mais... faible développement

- Pratiques et savoirs professionnels plus souvent orientés vers le travail individuel
- Très faible développement des approches communautaires ou groupales
- Ambiance « défensive » vis-à-vis des psychothérapies évaluables, « normalisatrices », « américaines »...
- Mais c'est en fait un phénomène général relevé également aux USA ou en GB : difficultés pour intégrer les familles dans les protocoles thérapeutiques.

## Raisons invoquées (professionnels)

- Difficultés à mettre en place de tels programmes intensifs (manque de personnels formés, de disponibilité)
- Perception des TF comme un traitement en soi, pratiqué dans des lieux spécifiques (fort rares), plutôt que complémentaire des thérapies habituellement mises en œuvre dans ces centres
- Traitement d'appoint, adjuvant, « luxe » inaccessible face à d'autres besoins prioritaires des patients
- Lieux spécifiques ou intégration dans des programmes globaux ?

# Raisons invoquées (familles)

- Elles disent ne pas souhaiter des interventions longues ni intensives mais être
  - accueillies
  - écoutées
- Dans une approche collaborative fondée sur la communication réciproque et l'alliance
- Crainte d'être jugées responsables voire coupables du problème de leur enfant

# Gregory Bateson

- Dans le domaine de la psychiatrie la famille fonctionne comme un système cybernétique
- Devant une pathologie systémique ses membres s'accusent mutuellement ou prennent tout sur eux-mêmes
- Ces deux choix s'avèrent fondamentalement et également arrogants
- Chacun suppose que l'être humain exerce un pouvoir total sur le système dont il n'est en fait qu'une partie



# Thérapies multifamiliales

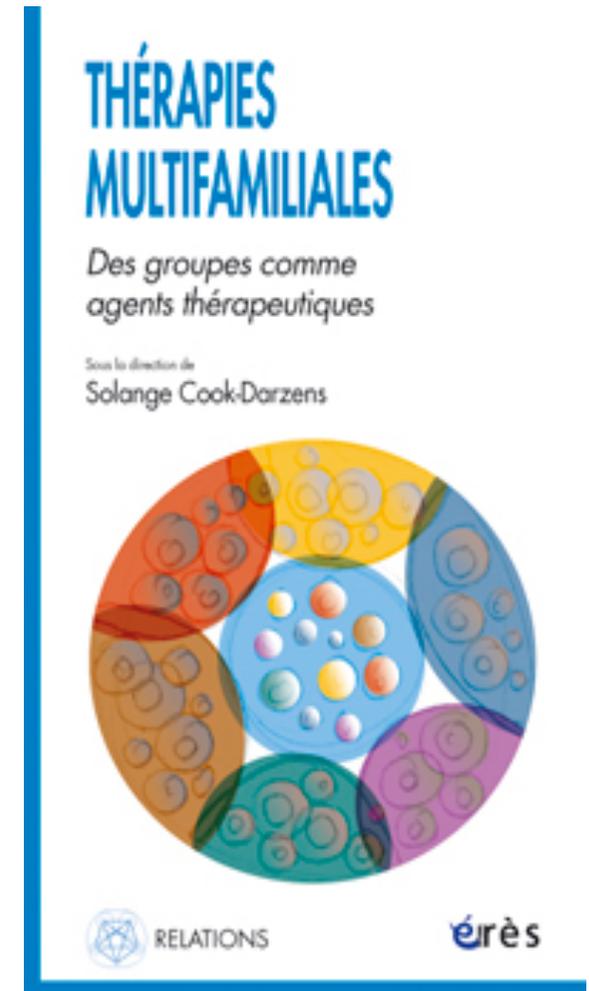
- Approche psycho-éducative
  - Caractère pluri-factoriel de l'étiologie du trouble
  - Information sur les connaissances disponibles, les traitements...
  - Culpabilité, stigmatisation, isolement, abandon, émotions, douleur, accusations...
- Approche familiale systémique
- Approche groupale, communautaire

# Au total...

- Il apparaît donc utile d'associer des formes multimodales de traitement ajustées à chaque situation particulière (Inserm, 2004)
- Approches individuelle, conjugale, familiale, multiconjugale, multifamiliale, soutien communautaire seraient à associer selon des déclinaisons tenant compte de
  - Personnalité(s)
  - Situation familiale
  - Forme de l'addiction
  - Comorbidité
  - Niveaux de motivation et d'engagement
- Ajustement du traitement

# A lire absolument !

- Thérapies multifamiliales et addictions
- Myriam Cassen & Jean-Michel Delile

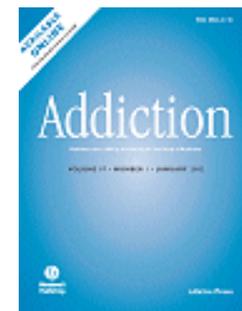


# Alliance

- Approches collaboratives
- Travailler *avec* et non *sur* la famille
- ***William R. Miller***

*A collaborative approach to working with families*

(Addiction, 2003, 98(1), 5-6)





# Comment travailler avec les familles ?

- rappel approche systémique
- application aux addictions



Qu'est-ce qu'un système ?

Un ensemble d'éléments en  
interaction

Principe de totalité

Principe de non-sommativité

Homéostasie

# Principe d'équifinalité

- Plusieurs causes, un même effet
- Une même cause, des effets différents...
- La famille fait partie du problème, elle fait aussi partie de la solution.

# L'interaction

- Construction commune et simultanée d'une information et d'un comportement
- Importance fondamentale de la rétro-action ⇒ possibilités de changement
- Co-construction de la relation

# Le système thérapeutique

- La 2<sup>ème</sup> cybernétique
- Interactions thérapeute-famille
- Co-construction du protocole de soins
- Le thérapeute s'utilise comme amplificateur des ressources de la famille

# L'entretien familial

Dans une perspective systémique, pour une famille (ou un système) dont un membre est addict :

- Permettre la reconnaissance du trouble par l'ensemble des personnes concernées
- Ouvrir la possibilité d'en parler et de le dénommer
- Repérer les interactions qui sont des facteurs aggravants, pérennisants ou au contraire qui favorisent une évolution positive

# Co-construction du système thérapeutique

- Le thérapeute avec la famille et le patient désigné va construire un protocole de soins à chaque fois différent, chaque système est singulier.
- Le protocole peut comporter jusqu'à 6 étapes.

# Les étapes du protocole

- A/ Exploration du problème
- B/ Tentatives de solution : *toujours plus de la même chose*
- C/ Co-construction de contextes différents
- D/ Prescription de tâches
- E/ Co-évaluation des changements, homéostasie
- F/ Poursuite ou remise en cause du protocole de soins.

# Application aux addictions :

## 6 étapes (Stanton & Heath)

- Définition du problème et contractualisation sur les objectifs
- Préparer le contexte pour une vie sans addiction à des produits
- Accompagner ou mettre en place le sevrage
- Gérer la crise et aider à la stabilisation de la famille
- Soutenir la réorganisation de la famille
- Terminer la thérapie, *check-up*



# Perspectives

# Perspectives

- Approche collaborative
- Diffusion des approches familiales dans les CSAPA mais aussi dans les centres résidentiels
- Les promouvoir activement dans les CJC mais aussi les équipes de terrain (errance, fêtes...)
- Développer l'accompagnement des parents usagers et de leurs enfants
- Soutenir les innovations : étude Incant et MDFT, GMF, SFP, etc.
- Réseaux « familles et addictions », qualité



# Conclusion

Travailler avec les (ses) familles !