

# Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives

## Family therapy and addictions : New perspectives

**Myriam Cassen**

Psychologue, thérapeute familiale  
Institut Michel Montaigne  
1 rue Charles Laterrade – F 33400 Talence  
Courriel : [Myriamcassen@aol.com](mailto:Myriamcassen@aol.com)

**Jean-Michel Delile**

Psychiatre, thérapeute familial  
CEID  
24 rue du Parlement Saint-Pierre – F 33000 Bordeaux  
Courriel : [jm.delile@ceid.asso.fr](mailto:jm.delile@ceid.asso.fr)

### Résumé :

L'efficacité des thérapies familiales dans le traitement des addictions, tout particulièrement chez les jeunes, est bien établie dans la littérature internationale. Néanmoins, elles sont relativement peu développées dans ce champ, notamment en France.

Les auteurs discutent les origines de ce décalage et dégagent un certain nombre de pistes permettant de dépasser certaines difficultés liées aux réticences des familles ou des professionnels.

Dans cette perspective, ils soulignent l'intérêt particulier des expériences de thérapies multifamiliales appliquées aux addictions.

### Abstract:

The efficiency of family therapies in the treatment of addictions, particularly among young people, is well established in the international literature. However, they are not very developed in this field, especially in France.

The authors discuss the origins of this gap and bring out some ways to overcome certain difficulties linked to the reluctance of families or professionals.

In this context, they emphasize the particular relevance of the experience of multifamily therapies applied to addictions.

**Mots clés :** Addiction, thérapie familiale, thérapie multifamiliale, groupes multifamiliaux, approche psychoéducatrice, réseau de soutien familial, évaluation

**Keywords:** Addiction, family therapy, multifamily therapy, multifamily groups, psychoeducational approach, family support network, evaluation

Ces 28<sup>es</sup> Journées nationales de l'ANIT, consacrées à « Familles et dépendances », sont une excellente occasion de faire le point sur un apparent paradoxe : alors que les thérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité dans le domaine des addictions, elles n'occupent cependant qu'une place insuffisante dans l'offre de soins. Face à cette difficulté, les approches multifamiliales ouvrent des perspectives intéressantes. Elles se sont développées assez récemment en France, notamment dans la prise en charge de troubles psychiatriques chroniques, schizophrénie d'abord, puis troubles bipolaires, troubles des conduites alimentaires, etc.

Cette approche collaborative, fondée sur la recherche d'alliance, d'affiliation, pose la famille en co-thérapeute au sein d'un groupe d'entraide composé d'autres familles partageant le même problème. Cela limite d'emblée les risques de culpabilisation et de sentiment d'isolement, d'abandon.

Cette approche a trois sources d'inspiration théoriques et pratiques : l'approche systémique et familiale, l'approche psychoéducative et l'approche groupale, communautaire qui, toutes trois, sont déjà connues pour être intéressantes dans le domaine des addictions (Cassen & Delile, 2007).

## **Les sources théoriques et pratiques**

### ***L'approche systémique et familiale***

À la suite d'ouvrages fondateurs (Stanton, Todd *et al.*, 1982), de nombreux travaux récents confirment l'importance cruciale de prendre en compte les systèmes familiaux en psychopathologie (Wearden, Tarrier *et al.*, 2000 ; Miklowitz, 2004) notamment dans le domaine des addictions. Il en va ainsi des remarquables études sur les niveaux d'émotion exprimée au sein des familles : niveaux de critiques, d'hostilité, d'hyper-implication émotionnelle. Ces approches initiées elles aussi dans le domaine de la schizophrénie ont pu être appliquées aux addictions et il a pu être ainsi établi qu'un haut niveau familial d'émotion exprimée est un prédicteur significatif et robuste de rechute des addicts (O'Farrell, Hooley *et al.*, 1998).

Les critiques incessantes, par exemple, sont ainsi identifiées comme étant un des facteurs pronostiques les plus péjoratifs : les parents (ou conjoints) qui critiquent le plus le patient sont en effet ceux qui ont le plus tendance à le juger lui, et non sa maladie, personnellement responsable de ses problèmes. Un manque de compréhension du trouble et de la diversité de ses facteurs causaux peut donc jouer un rôle important dans la rechute des patients parce qu'il augmente le niveau de critiques (Barrowclough & Hooley, 2003). Mais il s'agit bien de phénomènes circulaires. Comme le rappelle Miklowitz (2004), les familles à haut niveau d'émotion exprimée ont une vulnérabilité au dysfonctionnement pour laquelle la maladie du patient agit comme un *stresser* et, en retour, le patient a des vulnérabilités individuelles, biologiques et psychologiques, qui sont activées par les interactions aversives au sein de la famille. La prise en compte de ces interactions, notamment l'identification des tentatives de solution (la critique exacerbée par exemple) qui entretiennent le problème, est donc un puissant outil systémique de changement.

D'autres aspects de l'environnement familial ont pu aussi être étudiés qui confirment l'intérêt de la prise en compte de ces systèmes, notamment les travaux sur les comportements maladaptatifs parentaux. Il a pu être établi que de tels

comportements étaient associés à un risque accru de développement de troubles psychiatriques chez les enfants, que les parents présentent ou non des troubles eux-mêmes.

Dans une étude (Johnson, Cohen *et al.*, 2001) portant sur 593 familles à New York, les jeunes et leurs mères ont pu être interrogés pour évaluer les symptômes psychiatriques éventuels des uns et des autres, les comportementaux parentaux et d'autres variables psychologiques. L'évaluation des comportements familiaux intégrait les techniques d'application des règles, les disputes violentes entre les parents, les punitions sévères infligées aux enfants, les expressions de l'affection parentale, le temps passé par les parents avec les enfants et l'importance de leur communication.

Le résultat central était qu'on identifiait des effets des enfants sur les parents et vice versa : il s'agissait donc bien d'interactions circulaires. Un tempérament difficile de l'enfant à 6 ans était associé avec des comportements maladaptatifs des parents à 14 et 16 ans. En retour, les troubles psychiatriques des enfants étaient d'autant plus fréquents ultérieurement que les comportements des parents avaient été maladaptatifs pendant l'enfance de leur progéniture. Parmi ces troubles, un lien a pu être établi avec l'anxiété, la dépression et, pour le sujet qui nous intéresse, avec les conduites addictives de l'adolescent et du jeune adulte.

De nombreuses autres recherches ont souligné le rôle essentiel joué par les relations familiales et l'environnement des familles dans le développement de problèmes d'alcool ou de drogues chez l'adolescent (Repetti, Taylor *et al.*, 2002).

L'intérêt a pu se porter sur des environnements dysfonctionnels : par exemple, un faible niveau d'échanges et de fonctionnement familial affecte le développement du jeune, ce qui en fait un adolescent plus aisément susceptible de s'éloigner pour s'affilier à des groupes de jeunes dans des situations similaires et volontiers consommateurs de produits (Duncan *et al.*, 1998). Mais à l'inverse, d'un point de vue systémique, on peut aussi relever que les problèmes de l'adolescent et ses consommations de drogues vont déstabiliser les relations familiales et qu'il peut aussi s'agir d'une cause et non seulement d'une conséquence du dysfonctionnement familial (Liddle, 2004).

Il importe également d'intégrer les difficultés liées aux problèmes sociaux dans le quartier ou le voisinage (Scheier, Botvin *et al.*, 1999) et ceux liés à l'acculturation (Vega & Gil, 1999).

Autant dire que l'approche systémique reste d'une grande actualité pour peu qu'elle sache s'enrichir de modalités d'intervention adaptées aux besoins et attentes des patients et de leur famille, notamment dans les milieux les plus défavorisés au plan socioculturel.

C'est dans cette perspective que furent élaborées les premières approches multifamiliales. Comme le rappelle Mony Elkaïm (1979), le terme « thérapie multifamiliale » (*Multiple Family Therapy*) – TMF – fut créé par Carl Wells en 1963 et cette approche fut développée par Peter Laqueur (Laqueur, La Burt *et al.*, 1964 ; Laqueur 1978 et 1979). Il faut rappeler à ce propos l'heureux concept de « communauté soignante ».

Ce travail fut poursuivi par William Mc Farlane à New York (McFarlane, 1983 ; 2002a ; 2002b). Après une psychanalyse personnelle, ce dernier se forma à la thérapie familiale avec des fondateurs du champ : Nathan Ackerman, Murray Bowen, Salvador Minuchin, Mara Selvini-Palazzoli et en compagnie de Mony

Elkaïm avec qui il travailla en 1975 dans le service que celui-ci venait de mettre en place à New York.

À côté de ces origines liées aux thérapies familiales, systémiques, les thérapies multifamiliales ont également deux autres sources d'inspiration : l'approche psychoéducative et l'approche groupale, communautaire.

### ***L'approche psychoéducative***

L'alliance thérapeutique est en effet encore renforcée par la dimension psychoéducative de l'approche TMF qui insistera sur le caractère plurifactoriel de l'étiologie de ces troubles, ce qui contribue à soulager d'autant les sentiments de culpabilité. Cette approche introduite par Mc Farlane vise à informer les familles sur la maladie, les connaissances disponibles sur ses origines, ses traitements, les problèmes induits et les meilleurs moyens d'y faire face. Elle aspire donc à aider les parents et les patients à mieux comprendre et gérer le trouble.

Dans un champ comme celui des addictions souffrant d'une stigmatisation sociale majeure, cette approche est donc particulièrement utile. Beaucoup de parents confrontés à l'addiction d'un de leurs enfants seront envahis de culpabilité, s'accusant de n'avoir pas fait ce qu'il aurait fallu ou s'entre-déchirant sur leurs responsabilités respectives ou encore accusant le patient d'être totalement responsable de son trouble et des malheurs qui ont frappé la famille à cause de lui : attitudes qui sont non seulement douloureuses, mais qui contribuent par leur très haut niveau d'émotion exprimée à entretenir, voire aggraver le problème (O'Farrell, Hooley *et al.*, 1998). Dans cette perspective, il est particulièrement important de rappeler que les addictions sont des phénomènes complexes et multidimensionnels et, en aucune manière, déterminées par un seul système causal, notamment la famille.

L'approche psychoéducative trouve ses origines dans les thérapies cognitivo-comportementales dont l'efficacité a été bien établie dans le domaine des addictions notamment grâce aux méthodes de développement de l'autocontrôle, de restructuration cognitive et de résolution des problèmes, de renforcement motivationnel et de développement des compétences sociales (Irvin, Bowers *et al.*, 1999 ; Barrowclough, Haddock *et al.* 2001 ; Diamond, Godley *et al.*, 2002 ; Miller & Wilbourne 2002 ; Moyer, Finney *et al.*, 2002).

L'approche psychoéducative a pu démontrer son efficacité dans les usages de drogues chez les jeunes (Tevyaw & Monti, 2004) ainsi que dans le domaine des troubles de la personnalité *borderline* (Gunderson, Berkowitz *et al.*, 1997) dont on sait qu'ils sont très fréquemment associés aux troubles addictifs.

Enfin, les approches psychoéducatives ouvrent aux intervenants des perspectives fructueuses en matière de prévention en soutenant les processus de résilience familiale. De telles interventions familiales pour peu qu'elles puissent être menées précocement, notamment sous forme d'ateliers psycho-éducatifs, peuvent avoir une réelle fonction préventive et non seulement de gestion de crise (Heru, 2006).

### ***L'approche groupale, communautaire***

Cette approche vise elle aussi à réduire les sentiments d'isolement, de honte et de culpabilité en favorisant le soutien mutuel, l'entraide, les échanges d'expériences au sein de la famille et entre les familles.

Sans attendre les professionnels, les personnes concernées par les problèmes d'addiction, les patients eux-mêmes (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes...) ou leurs proches (Al-anon, *Family Psychoeducation*), ont commencé de longue date à se regrouper pour parler de leurs problèmes, tenter d'y faire face ou, tout simplement, se soutenir mutuellement (Delile, 1994). C'est une indication de plus de l'intérêt particulier de l'approche multifamiliale dans un tel domaine, tant y sont prégnants la stigmatisation, le rejet ou l'exclusion du sujet lui-même mais aussi la culpabilité, la honte ou l'isolement de sa famille. Bateson rendit d'ailleurs hommage à Bill Wilson, l'un des fondateurs ex-alcoolique des AA, pour l'énoncé des « 12 étapes » dont l'un des piliers est de reconnaître son impuissance devant l'alcool ou la drogue, préalable nécessaire à l'ouverture d'un réel processus de changement puisqu'il aide à renoncer aux illusoires tentatives de solution jusqu'alors pratiquées et qui entretenaient le problème. Dans cette perspective, la seule issue est de s'appuyer sur le groupe de pairs, de s'aider en les aidant et réciproquement.

À cet égard, il est important de rappeler l'importance de ces influences sociales, groupales, sur les problèmes d'addiction. Les investigateurs du Projet MATCH (1998) ont ainsi observé que ce facteur était le plus déterminant en termes d'abstinence lors d'évaluations après un suivi de trois ans : les participants qui avaient des réseaux de consommation à l'entrée et qui s'inscrivaient ensuite activement dans des groupes d'entraide, fondés notamment sur les 12 étapes des AA, étaient ceux qui obtenaient les meilleurs résultats.

Plus globalement, il n'est plus possible aujourd'hui de douter de l'importance du modèle biopsychosocial qui tente d'intégrer les interactions mutuelles entre les dimensions biologiques et psychosociales de la vie des personnes (Engel, 1978).

La biologie moderne ne cesse de mettre en évidence de nouveaux modes d'impact des facteurs psychosociaux sur l'expression des gènes et comment même les traitements psychosociaux, les psychothérapies, peuvent modifier l'activité cérébrale (Roffman, Marci, *et al.*, 2005). Dans cette perspective, certains ont même pu avancer la notion de « cerveau social », *social brain* ! (Gardner, 2005). Rappelons notamment, les travaux récents mettant en évidence le rôle des régions corticales frontales dans les mécanismes des addictions. Les données actuelles de la neurobiologie des addictions confirment que si l'initiation du processus est bien plutôt socio-environnementale, la dépendance semble liée à une vulnérabilité psychologique préalable et/ou à des facteurs biologiques et génétiques. Qui va succomber ? Qui est résilient ?

Parmi les principales théories actuelles (impliquant les neurones dopaminergiques, les circuits associés à la rechute, associés au stress ou les niveaux cellulaires et moléculaires...), il est à noter l'identification croissante du rôle du cortex préfrontal et des fonctions exécutives (Le Moal, 2006). Les régions préfrontales sont en effet impliquées dans des mécanismes essentiels de contrôle et d'inhibition. Or 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 et facilitent la récurrence de réponses impulsives-compulsives. Quand on connaît le rôle du cortex préfrontal dans le contrôle inhibiteur, on peut en effet penser que le dérèglement fonctionnel du cortex préfrontal serait à l'origine de ces conduites impulsives-compulsives.

Les états de motivations internes qui orientent le sujet vers la consommation d'un renforçeur primaire (une drogue, par exemple) sont régulés, limités par un contrôle inhibiteur puissant préfrontal. Son dérèglement conduit à une concentration des conduites sur les stimuli de dépendance. Il y a en ce domaine une convergence des données expérimentales (animales) et de l'imagerie cérébrale pour mettre en évidence des anomalies graves du fonctionnement des cortex préfrontal et cingulaire qui pourraient rendre compte de la détérioration des contrôles inhibiteurs et des prises de décision : choix sans cesse répétés des récompenses immédiates, incapacité à différer une conduite...

Le développement de l'addiction entraînerait un dérèglement de la capacité d'attribuer à un renforçeur 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 (Goldstein & Volkow, 2002). Or ces circuits de contrôle inhibiteur doivent avoir été sollicités régulièrement pour être en mesure de fonctionner d'où un rôle éminent des parents, de la famille, de l'environnement social...

La question des addictions est typiquement une problématique où s'intègrent ces différentes dimensions biologiques et psychosociales et où le rôle joué par les systèmes de proximité, familles, réseaux de pairs, et par les systèmes plus larges, sociaux et culturels, est plus particulièrement évident. Il n'est donc pas surprenant qu'il s'agisse également d'un domaine où, au plan international, se sont le plus largement développées les approches communautaires avec de très nombreuses Communautés thérapeutiques, même si ce mouvement reste moins développé en France (Bourgeois, Delile *et al.*, 1987 ; Delile & Bourgeois, 1994). En effet, lorsque le problème des toxicomanies a commencé à se développer en France au début des années 1970, toutes sortes d'expériences ont été mises en œuvre pour tenter d'y faire face, y compris la création de centres d'accueil communautaires sur le modèle des *free clinics* californiennes (L'abbaye à Paris, la *free clinic* du CEID à Bordeaux). Ces microsociétés heureuses répareraient les traumatismes provoqués par la société. En psychiatrie, cela déboucha sur des expériences d'institutions alternatives en France (Félix Guattari, Tosquelles, Oury...) mais plus encore à l'étranger (Franco Basaglia, David Cooper, Ronald Laing, Mony Elkaïm...)

Ces conceptions étaient donc assez voisines de celles développées à la même époque par Laqueur (Laqueur, La Burt *et al.*, 1964) sur la communauté soignante ou par McFarlane sur le réseau social thérapeutique en tant que *healing community* (McFarlane, 2002b).

Il ne faut pas perdre de vue que le modèle traditionnel des thérapies familiales avait été remis en cause dès la fin des années soixante par des thérapeutes qui jugeaient cette approche quelque peu limitée et réductionniste. Inscrits dans les mouvements sociaux et dans les pratiques de réseaux, ils souhaitaient élargir leur champ d'intervention à des systèmes plus vastes et divers que le simple système familial, à la suite des techniques d'intervention en réseau social décrites par Ross Speck et Carolyn Attneave (Speck, 1987). Il s'agissait de « défamilialiser » les thérapies familiales selon le mot d'Elkaïm (Elkaïm, 1980). Les thérapeutes qui avaient franchi un seuil qualitatif en passant d'une lecture linéaire à une lecture circulaire voulaient se garder de sombrer dans un familialisme trop étroit perdant de vue les interactions globales avec les réseaux élargis.

C'est ainsi qu'à la suggestion d'Erving Goffman, Speck élaborait sa méthode d'intervention en réseau social qu'il mit en pratique dès 1966 auprès de groupes de 40 à 100 personnes (famille, amis, voisins du patient désigné) avec des équipes de 5 à 6 intervenants pendant une à six « séances » de 3 à 4 heures chacune. Cette approche qui consistait à recréer une sorte de microsociété autour du patient eut un grand succès auprès des travailleurs sociaux et des professionnels en santé mentale.

Ce mouvement se développa en Europe dans le cadre de réseaux d'alternative à la psychiatrie où Mory Elkaim, de retour de New York, joua un grand rôle (Elkaim, 1987a et 1987b). C'est ainsi qu'à Bruxelles, Jacques Pluymaekers se prononçait pour une « distance non distante » au point de mêler sa vie aux familles en voie d'exclusion en s'installant lui-même pour vivre dans leur quartier. C'est dans ce même contexte d'intervention sociopolitique et d'engagement personnel que Geneviève Platteau et Serge Faelli (Elkaim 1979 ; Platteau & Faelli, 1990 ; Elkaim, 1995a et 1995b) installés dans une ville de province belge lourdement frappée par le chômage et confrontés à des symptômes d'enfants ballottés dans un contexte socio-économique difficile, se tournèrent vers les thérapies multifamiliales.

Ces formes d'engagement étaient déjà encouragées par Minuchin lui-même qui dans son avant-propos à l'ouvrage de Stanton et ses collègues (Stanton, Todd *et al.*, 1982) rappelait les relations entre leur travail auprès des familles de toxicomanes et le sien auprès des familles de jeunes délinquants. Dans les deux cas, il fallait selon lui des thérapeutes impliqués, capables de s'engager auprès de personnes qui avaient perdu l'espoir mais capables également de s'inscrire dans l'action sociopolitique pour agir sur les contextes sociaux qui avaient contribué à créer ces déviations et qui n'avaient toute responsabilité, se contentant de blâmer le patient.

C'est ainsi encore qu'à la suite de Carlos Sluzki, Christian Beels (1981a et 1981b) élargit son approche psychothérapeutique familiale à la dimension culturelle et anthropologique à New York. À partir de 1975, il publia plusieurs articles sur l'importance du contexte social et culturel pour le traitement des maladies mentales chroniques. Il soulignait l'importance de la prise en compte des facteurs sociaux et culturels des patients et de leur famille ainsi que des potentiels thérapeutiques de leurs contextes spécifiques (y compris en s'intéressant aux pratiques des guérisseurs traditionnels et des shamans).

## **Retard du développement des thérapies familiales et multifamiliales**

### ***Efficacité des approches familiales en addictologie***

Les méta-analyses confirment l'efficacité des thérapies familiales dans le domaine des addictions, voire même leur supériorité – associées aux éventuels traitements médicamenteux – sur les thérapies individuelles, les thérapies de groupes d'adolescents ou le *counselling* psychoéducatif isolé (Edwards & Steinglass, 1995 ; Liddle & Dakof 1995 ; Schmidt, Liddle *et al.*, 1996 ; Stanton & Shadish, 1997 ; Liddle & Dakof, 2002 ; Miermont, 2002 ; Liddle, 2004 ; Miermont, 2005). Elles sont aussi efficaces que les interventions auprès de groupes de parents (Friedman, 1989) et que les thérapies familiales unilatérales avec un seul parent (Szapocznik, Kurtines, *et al.*, 1986 ; Szapocznik, Perez-Vidal, *et al.*, 1988). Elles

sont efficaces aussi bien pour l'entrée en traitement que pour les taux de rétention ou pour la réduction des usages de substances. Les réductions sont significatives dans les différentes études reprises dans ces méta-analyses aussi bien pour l'alcool que le cannabis, l'héroïne, la cocaïne ou d'autres drogues.

Il est à noter que la revue de Stanton et Shadish (1997) s'appuyant sur une méta-analyse portant sur 1 571 cas impliquant 3 500 personnes qui incluent l'entourage familial, a contribué à établir ces données d'efficacité comparée et qu'elle a aussi permis d'établir que cette supériorité des approches familiales était due pour partie à une grande supériorité en termes de taux de rétention par rapport aux autres approches. D'autre part, elles semblaient aussi particulièrement intéressantes d'un point de vue coût-efficacité notamment quand elles s'ajoutaient à un traitement de substitution par la méthadone.

Ces résultats sont particulièrement bien établis dans le domaine des usages chez les jeunes et adolescents (Liddle & Dakof, 1995; Weinberg, Rahdert *et al.*, 1998 ; Williams & Chang 2000; Winters, Stinchfield *et al.*, 2000 ; Liddle 2004 ; Grella 2005) où il apparaît que les thérapies familiales sont efficaces pour réduire leurs niveaux de consommation de substance. Il est très intéressant de relever que ces effets perdurent après l'arrêt de la thérapie comme le confirment plusieurs études de suivi à six voire douze mois après l'arrêt du traitement (Stanton & Shadish, 1997 ; Liddle, Dakof *et al.*, 2001).

En ce qui concerne les réseaux de soutien familial (*Family Support Network, FSN*), l'équipe de Hamilton (Hamilton, Brantley *et al.*, 2001) a pu proposer conformément aux recommandations américaines du *Center for Substance Abuse Treatment* de 1993 et de 1999 (CSAT, 1999) d'adjoindre au traitement individuel un soutien incluant notamment des groupes multifamiliaux intégrant une approche groupale et didactique. Cette approche est actuellement en cours d'évaluation avec des premiers résultats très prometteurs (Diamond, Godley *et al.*, 2002). L'efficacité des thérapies multi-couples a pu également être établie dans le domaine de l'alcool (Cadogan, 1973 ; McCrady, Paolino *et al.*, 1979 ; McCrady, 1989). L'étude d'efficacité d'Azrin a pu montrer que les thérapies multifamiliales amélioraient le rapport coût-efficacité des interventions (Azrin, 1976).

Au total, il apparaît souhaitable d'associer des modalités de traitement multimodales ajustées à chaque situation particulière (Inserm, 2004) : les approches individuelle, conjugale, familiale, multiconjugale, multifamiliale et l'approche de renforcement communautaire peuvent être associées selon des déclinaisons qui tiennent compte de la personnalité des patients et de leurs proches, de la situation familiale, de la forme de l'addiction, de la comorbidité éventuelle, des niveaux de motivation et d'engagement dans le processus thérapeutique. L'ajustement du traitement est ainsi une perspective intéressante d'avenir (Match, 1998 ; Dennis, Titus *et al.*, 2002) intégrant nécessairement les approches familiales et multifamiliales qui ont établi leur remarquable efficacité en ce domaine et pourtant...

### ***Faiblesse de leur développement***

Néanmoins, malgré ces nombreuses et robustes évaluations établissant leur efficacité, les thérapies familiales en général, et la TMF en particulier, sont très peu développées en France dans les institutions spécialisées. Certes il s'agit, pour la TMF, d'une approche introduite récemment, surtout dans ce secteur, mais cela



ne saurait tout expliquer. Il semble que d'autres facteurs aient pu contribuer à ce retard :

- les pratiques et habitudes professionnelles des intervenants (de formation plutôt psychodynamique individuelle),
- les modes de prise en charge (beaucoup plus ambulatoires que résidentiels),
- le très faible développement des approches communautaires ou groupales (dans le domaine thérapeutique bien sûr mais, plus globalement, dans notre contexte culturel moins « communautaire » que dans la tradition anglo-saxonne),
- et aussi l'ambiance défensive devant les psychothérapies « américaines », évaluables, « normalisatrices », dans un contexte de grande tension chez les « psys » à la suite notamment de l'expertise collective de l'Inserm.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que, malgré leur efficacité établie dans le domaine des addictions, ce sont bien les thérapies de couples et de familles dans leur ensemble qui sont relativement peu développées dans les institutions y compris aux États-Unis. L'étude de Fals-Stewart et Birchler (2001) portant sur 398 centres américains de soins en addictologie, indiquait ainsi que seuls 27 % des services proposaient des services orientés vers les familles. Les deux principales raisons données par les responsables des services étant la difficulté à mettre en place de tels programmes intensifs – personnels, disponibilité – et le fait que ces thérapies étaient plutôt perçues comme un traitement en soi pratiqué dans des lieux spécifiques plutôt que complémentaires aux traitements ou thérapies habituellement mis en œuvre dans ces centres. Une étude similaire en Grande-Bretagne (Copello & Oxford, 2002) a mis en évidence de pareilles difficultés d'intégration des familles dans les protocoles de traitement. À notre connaissance, un tel travail n'a pas été mené en France, mais gageons que les résultats en seraient très proches.

Au début des années 1980 furent créés un certain nombre de centres orientés vers la prise en charge familiale des problèmes de drogues : l'Orangerie, le Centre Monceau en 1980 (Paris), le Centre Pey-Berland du CEID<sup>1</sup> (Bordeaux) en 1982, le Centre de guidance parentale de Toulouse, la Corde Raide à Paris ; mais par la suite ce mouvement marqua le pas (Colle, 1996). Il semblait plus utile en effet d'intégrer les approches familiales dans l'offre de soins des Centres spécialisés en addictologie plutôt que de créer des centres à double spécialisation, nécessairement peu nombreux. Cette approche resta néanmoins, elle aussi, très limitée.

Une raison importante en est sans doute que, bien souvent, les thérapies familiales sont perçues comme un traitement d'appoint, une sorte d'adjuvant, si bien que dans un contexte de ressources limitées la plupart des centres sont amenés à concentrer leurs efforts sur les prises en charge directement orientées vers le patient plutôt que, de façon apparemment plus périphérique, vers son entourage. Cette position qui semble pragmatique néglige cependant le fait que ces approches familiales sont en fait parmi les plus efficaces.

La question de la conception et de la localisation de ces approches thérapeutiques demeure néanmoins entière. Doivent-elles être conçues comme des actions en soi, autonomes, dans des centres ou chez des praticiens spécialisés ?

---

<sup>1</sup> Centre où les auteurs de cet article furent recrutés en 1986.

Doivent-elles être plutôt intégrées dans des programmes plus larges ? Dans la majorité des études, les thérapies familiales ont été pratiquées en tant que seule intervention thérapeutique. Or cela n'est pas réalisable dans la plupart des situations institutionnelles réelles. Une alternative plus commune est d'intégrer les approches familiales dans un dispositif de soins préexistant. Cela a pu, par exemple, être expérimenté dans une structure pour adolescents (Liddle, Rowe, *et al.*, 2002). C'est une perspective prometteuse pour l'avenir, y compris dans des structures résidentielles car cela contribuerait sans doute à limiter l'écart entre l'offre de soins et les attentes des familles grâce à un dispositif plus « banal » et accessible et où les jeunes eux-mêmes sont également pris en charge, pas seulement les familles ou *a fortiori* les seuls parents, ce qui de toute évidence semble déplacer le problème de leur côté.

Beaucoup d'intervenants impliqués dans les problèmes de drogues de jeunes sous main de justice seraient sans doute également intéressés à intégrer cette approche dans leur dispositif. Plutôt que d'organiser de simples rencontres passagères avec les familles, cela permettrait de les reconnaître comme un élément essentiel du traitement, le meilleur appui social auquel les jeunes peuvent revenir après avoir été pris en charge (McLellan, Arndt, *et al.*, 1993). Tout ceci doit conduire à réellement intégrer les thérapies familiales dans le dispositif addictologique de droit commun.

## **Une expérience multifamiliale actuelle**

La thérapie multifamiliale consiste à regrouper plusieurs familles autour d'un même problème ou d'une même pathologie dans le but de créer un cadre et un réseau social aidant et/ou thérapeutique. Nous l'avons dit, les interactions entre les conduites addictives et les systèmes familiaux sont majeures et bien connues. Elles sont d'autant plus prégnantes que l'utilisateur est jeune et vit au domicile familial.

Dans un champ comme celui des addictions souffrant d'une stigmatisation sociale majeure, cette approche familiale d'entraide mutuelle, non culpabilisatrice, est donc particulièrement utile et, de fait, les méta-analyses en confirment l'efficacité. C'est également un domaine où, au plan international, se sont le plus largement développées les approches communautaires.

Les thérapies multifamiliales sont encore insuffisamment développées en France dans le champ des addictions à l'exception d'expériences menées dans le domaine voisin des troubles des conduites alimentaires (TCA), notamment sous l'impulsion de Solange Cook-Darzens dans le service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital Robert Debré à Paris (Cook-Darzens, Doyen, *et al.* 2005<sup>2</sup>). Il s'agit d'une approche introduite récemment, surtout dans ce secteur, et donc encore méconnue, mais dont les premiers résultats en addictologie au plan international sont particulièrement encourageants (Diamond, Godley, *et al.*, 2002). Il semblait donc intéressant d'expérimenter cette approche auprès de jeunes consommateurs de drogues d'autant plus que le contexte professionnel et institutionnel se faisait plus favorable à ce type d'initiatives :

---

<sup>2</sup> Un chapitre de cet ouvrage est consacré à ce programme thérapeutique.

- Des consultations « jeunes consommateurs » (cannabis et autres drogues) ont été créées dans tous les départements de France en 2005 et elles ont intégré la nécessité d'accueillir l'environnement familial.
- La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a prévu d'ouvrir plusieurs communautés thérapeutiques en France à partir de 2006. Leur cahier des charges introduit l'approche groupale, communautaire et rend obligatoire d'y développer des services destinés aux familles.
- Dans la perspective de rapprochement entre les actuels Centres spécialisés de soins en toxicomanie (CSST) et les Centres de consultations ambulatoires en alcoologie (CAA) qui tous doivent devenir des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2007, il sera obligatoire de développer des services pour les familles, auquel cas les TMF pourraient fournir une option intéressante.

Cette approche innovante peut donc s'inscrire dans une double perspective de prévention des usages de drogues et d'accès précoce aux soins selon le modèle évoqué par Alison Heru (2006).

### ***Description de l'opération***

Les publics visés sont les jeunes (et leur entourage familial) présentant un problème d'usage de drogues. Le recrutement peut se faire par l'intermédiaire des CSST associés (CEID et Département d'addictologie), la consultation *jeunes consommateurs* (CAAN'abus) et les dispositifs de la Justice (injonctions psychosociales, injonctions thérapeutiques, infractions routières). Il est proposé de créer deux groupes par niveaux addictifs : un groupe où l'utilisateur est dépendant, et un groupe où l'utilisateur répond « seulement » aux critères d'abus/usage nocif ou d'usage à risques. Les deux groupes mêleraient des usagers volontaires et ceux « contraints » ou incités à venir par des tiers.

Nous avons proposé à la Ddass 33 et à la MILDT d'utiliser un protocole dérivé de celui utilisé dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital Robert Debré pour les TCA :

- Constitution de groupes fermés de 5 à 7 familles concernées par l'usage de drogues d'un jeune. Les réunions ont lieu tous les mois, pendant 2 heures sur une période de 6 mois, soit 6 séances.
- La progression du groupe suit un cycle structuré par tranches de 3 séances : les deux premières sont conduites en groupes séparés (parents et jeunes) simultanés, la troisième séance est menée en groupe multifamilial (GMF) avec les parents et les jeunes réunis.
- Les groupes *jeunes* sont animés par un thérapeute et un éducateur. Les groupes *parents* par un thérapeute familial et un éducateur. Les GMF regroupent les intervenants des deux groupes. La présence des deux parents est requise, celle de la fratrie souhaitée.
- Chaque famille peut être rencontrée individuellement une fois par trimestre.

Le cadre théorique inclut une triple dimension : psychoéducative, groupe de parole et thérapie familiale.

- *L'apport psychoéducatif* vise à informer les familles sur les problèmes liés à l'adolescence et aux drogues, leurs multiples déterminismes (la famille n'est pas seule en cause) et les meilleures options pour y faire face. Chaque séquence est structurée et se centre sur des sujets prédéfinis : modèles de développement normaux et problématiques lors de l'adolescence et comment les parents peuvent influencer cette trajectoire avec, notamment, l'importance de créer une balance entre les aspirations contradictoires de leurs adolescents à rester liés à leur famille et à devenir autonomes ; présentation des problèmes de drogues, d'abus, de dépendance, de leurs étiologies et discussion sur les façons dont les familles et les groupes de pairs contribuent à ces problèmes ; apprentissage de la reconnaissance des signes de rechute ou d'amélioration en insistant sur le rôle que peuvent jouer les parents dans le repérage et la prévention de la rechute ; discussions entre les familles sur leurs méthodes respectives de gérer le problème, les questions de limites, la place de l'autorité mais aussi sur leurs capacités de communication et de résolution de conflit ; apprentissage de techniques d'écoute active, de réduction des critiques.
- *Le groupe de parole* cherche à les soutenir face aux sensations d'isolement, de honte et de culpabilité, à favoriser le soutien mutuel en inter- et en intrafamilial.
- *La dimension thérapeutique* vise à identifier et à travailler en contexte groupal les éventuels dysfonctionnements familiaux et les solutions élaborées par les uns et les autres, ces rapprochements d'informations et d'expériences contribuant à faciliter le changement.

Les groupes de jeunes sont organisées selon des modalités décrites par ailleurs (Couteron, 2001 ; Dennis, Titus *et al.*, 2002 ; Diamond, Godley, *et al.*, 2002).

Dans une perspective de poursuite de l'expérience, le mélange de familles nouvelles et de familles déjà en processus de changement peut être aussi d'un appui important dans une approche de soutien communautaire. L'action elle-même nécessite 6 séances de 2 heures par GMF, soit 24 heures pour deux GMF, soit 96 heures – intervenants hors horaires institutionnels habituels pour faciliter l'accueil des familles (17h30-19h30). Il s'agit donc d'un protocole présentant potentiellement un bon rapport coût/efficacité.

### ***Impacts attendus***

De façon générale, il est attendu que cette action réduise les usages de drogues des jeunes concernés, et donc leurs conséquences négatives, par une meilleure implication des familles grâce à une technique réduisant leur sensation d'isolement et leur culpabilisation et facilitant une écoute et un soutien par des pairs.

Les objectifs intermédiaires sont donc : la réduction de l'isolement et de la honte, le développement de solidarités, le soutien mutuel, les échanges d'expériences entre familles, la meilleure connaissance du trouble, l'apprentissage de savoir faire pour mieux y faire face, la réduction des attitudes de rejet de l'usager, la découverte de nouvelles voies de gestion du problème grâce aux échanges, le repérage des dysfonctionnements et des répétitions, la restauration de sentiments de compétence, l'amélioration des relations entre familles et professionnels, la restauration d'un horizon d'évolution positive.

## Perspectives

La place jusqu' alors fort limitée des thérapies familiales, et notamment des TMF, en addictologie est en train d'évoluer rapidement du fait notamment d'un développement de compétences diversifiées : de plus en plus d'intervenants se sont formés aux thérapies familiales mais aussi aux thérapies brèves, aux entretiens motivationnels... Plus que par le passé, ils ne manquent donc pas d'être attentifs aux expériences de TMF appliquées aux addictions actuellement lancées dans notre pays et en Europe avec des évaluations extrêmement favorables.

Il est donc raisonnablement permis de penser que l'utilisation des thérapies multifamiliales dans le domaine des addictions, tout particulièrement chez les jeunes, devrait être appelée à se développer sensiblement dans notre pays et concourir ainsi à diversifier l'offre de soins et à en améliorer la qualité et l'acceptabilité en intégrant dans le dispositif ce partenaire essentiel que doivent être les familles concernées. Plus globalement, cela permettra d'enrichir les interventions centrées sur l'individuel par une meilleure prise en compte du contexte social au sein duquel les familles jouent un rôle de premier plan. Pour reprendre les termes de Thomas Babor (Babor, 2002), cette nouvelle génération d'interventions en addictologie permettrait le passage d'une approche *étiologique* à une réelle approche *écologique* mieux adaptée à la complexité humaine.

## Bibliographie

- CSAT: *Treatment of adolescents with substance use disorders* – Washington DC, Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), US Government Printing Office (1999)
- Inserm : *Psychothérapie. Trois approches évaluées* – Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale ; Expertise collective, Les éditions Inserm (2004)
- MATCH, Group PMR: "Matching patients with alcohol disorders to treatments : clinical implications of Project MATCH" – In *Journal of Mental Health* 7 : 589-602 (1998)
- Azrin NH: "Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism" – In *Behaviour Research & Therapy* 14 : 339-348 (1976)
- Babor T: "Scribbling in the margins : comments on Humphreys & Tucker" – In *Addiction* 97 : 137-138 (2002)
- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, *et al.*: "Randomized controlled trial of motivational interviewing, Cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders" – In *American Journal of Psychiatry* 158 (10) : 1706-1713 (2001)
- Barrowclough C & Hooley J: "Attributions and expressed emotion : a review" – In *Clinical Psychology Review* 23 : 849-880 (2003)
- Beels CC: "Social networks and the treatment of schizophrenia" – In *International Journal of Family Therapy* 3 : 310-316 (1981a)
- Beels CC: "Social support and schizophrenia" – In *Schizophrenia Bulletin* 7 : 58-72 (1981b)

- Bourgeois M, Delile J-M, Rager P & Peyre F: « Les "Communautés thérapeutiques" pour toxicomanes. Bilan et évaluation des soins » – In *Annales Médico-Psychologiques* 145 (8) : 699-704 (1987)
- Cadogan DA: “Marital group therapy in the treatment of alcoholism” – In *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 34 : 1187-1194 (1973)
- Cassen M & Delile J-M: « Thérapies multifamiliales et addictions » – In S. Cook-Darzens : *Thérapies multifamiliales* : 205-246, Ramonville, Érès (2007)
- Colle F-X: *Toxicomanies, systèmes et familles. Où les drogues rencontrent les émotions* – Ramonville, Érès (1996)
- Cook-Darzens S, Doyen C, Brunaux F, Rupert F, Bouquet M-J, *et al.* : « Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique » – In *Thérapie familiale* 26 (3) : 223-245 (2005)
- Copello A & Oxford J: “Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence ?” – In *Addiction* 97 : 1361-1363 (2002)
- Couteron J-P : « Accueil d'usagers de cannabis : intérêt d'une auto-évaluation » – In *Interventions, Revue de l'ANIT* 18 (2) (2001)
- Delile J-M : « Narcotiques anonymes » – In *Interventions, Revue de l'ANIT* 44 : 3-8 (1994)
- Delile J-M & Bourgeois M : « Les Communautés thérapeutiques aux USA » – In *Interventions, Revue de l'ANIT* 46 : 28-33 (1994)
- Dennis M, Titus J, Diamond G, Donaldson J, Godley SH, *et al.*: “The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment : rationale, study design and analysis plans” – In *Addiction* 97 (S1) : 16-34 (2002)
- Diamond G, Godley SH, Liddle HA, Sampl S, Webb C, *et al.*: “Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use : a description of the Cannabis Youth Treatment interventions” – In *Addiction* 97 (Suppl. 1) : 70-83 (2002)
- Duncan S, Duncan T, Biglan A & Ary D: “Contributions of the social context to the development of adolescent substance use : a multivariate latent growth modeling approach” – In *Drug and Alcohol Dependence* 50 : 57-71 (1998)
- Edwards ME & Steinglass P: “Family therapy outcomes for alcoholism” – In *Journal of Marital and Family Therapy* 21 : 475-509 (1995)
- Elkaïm M : « Thérapie multifamiliale avec des familles présentant des problèmes communs et appartenant au même milieu socio-économique et culturel » – In Elkaïm M : *Système familial et système social*, Paris, Éditions Gamma (1979)
- Elkaïm M : « Défamilialiser la thérapie familiale : de l'approche familiale à l'approche socio-politique » - In Elkaïm M : *Thérapies familiales, institutions, quartiers*, Paris, Éditions Gamma (1980)
- Elkaïm M : *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social* – Paris, Les éditions ESF (1987a)
- Elkaïm M : « Réseaux, systèmes et intervention en quartier » – In Elkaïm M : *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social* : 75-86, Paris, Les éditions ESF (1987b)
- Elkaïm M : « Les pratiques de réseaux et la critique féministe : la thérapie familiale en question » – In Elkaïm M : *Panorama des thérapies familiales* : 433-445, Paris, Éditions du Seuil (1995a)
- Elkaïm M : *Panorama des thérapies familiales* – Paris, Éditions du Seuil (1995b)

- Engel G: "The biopsychosocial model and the education of health professionals" – In *Annals of the New York Academy of Sciences* 310 : 169-187 (1978)
- Fals-Stewart W. & Birchler G: "A national survey of the use of couples therapy in substance abuse treatment" – In *Journal of Substance Abuse Treatment* 20 : 277-283 (2001)
- Friedman A: "Family therapy vs. parent groups: effects on adolescent drug abusers" – In *American Journal of Family Therapy* 17 : 335-347 (1989)
- Gardner R: "The social brain" – In *Psychiatric Annals* 35 : 778-786 (2005)
- Goldstein RZ & Volkow ND: "Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex" – In *American Journal of Psychiatry* (159) : 1642-1652 (2002)
- Grella CE: "The drug abuse treatment outcomes studies: outcomes with adolescent substance abusers" – In Liddle HA & Rowe C: *Treating adolescent substance abuse: State of the science*, London, Cambridge University Press (2005)
- Gunderson J, Berkowitz C & Ruiz-Sancho A: "Families of borderline patients: a psychoeducational approach" – In *Bulletin of the Menninger Clinic* 61 : 446-457 (1997)
- Hamilton N, Brantley L, Tims FM, Angelovich N & Mcdougall B: *Family Support Network (FSN) for adolescent cannabis users* – Rockville, CSAT-SAMHSA (2001)
- Heru AM: "Family psychiatry: From research to practice" – In *American Journal of Psychiatry* 163 (6) : 962-968 (2006)
- Irvin JE, Bowers C, Dunn M & Wang M: "Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review" – In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 : 563-570 (1999)
- Johnson J, Cohen P, Fasen S, Smailes E & Brook J: "Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring" – In *Archives of General Psychiatry* 58 : 453-460 (2001)
- Laqueur PH: "Multiple family therapy" – In Guerin PJ: *Family therapy: theory and practice* : 405-416, New York, Gardner Press (1978)
- Laqueur PH : « La thérapie multifamiliale, questions et réponses » – In Bloch DA : *Techniques de base en thérapie familiale*, Paris, Delarge (1979)
- Laqueur PH, La Burt HA & Morong E: "Multiple family therapy: Further developments" – In *International Journal Society Psychiatry* 10 : 69-80 (1964)
- Le Moal M : « Théories neurobiologiques de l'addiction » – In Reynaud M : *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences (2006)
- Liddle HA: "Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use : research contributions and future research needs" – In *Addiction* 99 (Suppl. 2) : 76-92 (2004)
- Liddle HA. & Dakof GA: "Family-based treatment for adolescent drug use : state of the science" – In Rahdert E & Czechowicz D: *Adolescent drug abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, Rockville, NIH Publications 156 : 218-254 (1995)

- Liddle HA & Dakof GA: "A randomized controlled trial of intensive outpatient family-based vs residential drug treatment for co-morbid adolescent drug abusers" – In *Drug and Alcohol Dependence* 66 : S2-S202, S103 (2002)
- Liddle HA & Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, *et al.*: "Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse : results of a randomized clinical trial" – In *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27 : 651-687) (2001)
- Liddle HA, Rowe C, Quille T, Dakof GA, Mills D, *et al.*: "Transporting a research-developed adolescent drug abuse treatment into practice" – In *Journal of Substance Abuse Treatment* 22 : 1-13 (2002)
- McCrary BS: "Outcomes of family-involved alcoholism treatment" – In Galanter M: *Recent developments in alcoholism*, New York, Plenum Press (1989)
- McCrary BS, Paolino TJJ, Longabaugh R & Rossi J: "Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics : a pilot study" – In *Addictive Behaviors* 4 : 155-165 (1979)
- McFarlane WR: *Family therapy in schizophrenia* – New York, London, Guilford Press (1983)
- McFarlane WR: *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* – New York, Guilford Press (2002a)
- McFarlane WR: "The therapeutic social network: A healing community" – In McFarlane: *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* : 36-48, New York, Guilford Press (2002b)
- McLellan A, Arndt I, Metzger D, Woody G & O'Brien C: "The effects of psychosocial services in substance abuse treatment" – In *Journal of the American Medical Association* 269 : 1953-1959 (1993)
- Miermont J : « L'approche psycho-éducationnelle et multifamiliale de William R. MacFarlane : Introduction et commentaires » – In *Thérapie familiale* 23 (1) : 105-120 (2002)
- Miermont J : « Les prises en charge familiales dans les addictions » – In Reynaud M : *Addictions et psychiatrie* : 268-292 Paris, Masson (2005)
- Miklowitz D: "The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view" – In *Development and Psychopathology* 16 : 667-688 (2004)
- Miller WR & Wilbourne P: "Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders" – In *Addiction* 97 : 265-277 (2002)
- Moyer A, Finney J, Swearingen C & Vergun P: "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations" – In *Addiction* 97 : 279-292 (2002)
- O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W & Cutter H: "Expressed emotion and relapse in alcoholic patients" – In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 : 744-752 (1998)
- Platteau G & Faelli S : « Intervention auprès des familles défavorisées » – In Goldbeter-Merinfeld E : *Approche systémique et thérapie familiale : aux interfaces*, Toulouse, Privat, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau n° 12 (1990)



- Repetti R, Taylor S & Seeman T: "Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring" – In *Psychological Bulletin* 128 : 330-366 (2002)
- Roffman J, Marci C, Glick D, Dougherty D & Rauch S: "Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy" – In *Psychological Medicine* 35 : 1385-1398 (2005)
- Scheier L, Botvin G & Miller N: "Life events, neighborhood stress, psychosocial functioning and alcohol use among urban minority youth" – In *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 9 : 19-50 (1999)
- Schmidt SE, Liddle HA & Dakof GA: "Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy" – In *Journal of Family Psychology* 10 (1) : 12-27 (1996)
- Speck RV : « L'intervention en réseau social : les thérapies de réseau, théorie et développement » – In Elkaïm M : *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social* : 21-40, Paris, Les éditions ESF (1987)
- Stanton MD & Shadish WR: "Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug Abuse: A meta-analysis and review of the controlled-comparative studies" – In *Psychological Bulletin* 122 : 170-191 (1997)
- Stanton MD, Todd TC, *et al.*: *The family therapy of drug abuse and addiction* – New York, Guilford Press (1982)
- Szapocznik J, Kurtines W, Foote F, Perez-Vidal A & Hervis O: "Conjoint *vs.* one person family therapy: further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents" – In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54 : 395-397 (1986)
- Szapocznik J, Perez-Vidal A, Brickman A, Foote F, Santisteban D, *et al.*: "Engaging adolescent drug abuser and their families in treatment : a strategic structural approach" – In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 : 552-557 (1988)
- Tevyaw TOL & Monti PM: "Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations" – In *Addiction* 99 (s2) : 63-75 (2004)
- Vega W & Gil A: "A model of explaining drug use behavior among Hispanic adolescents" – In *Drugs Society* 14 : 57-74 (1999)
- Wearden A, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny T & Rahill A: "A review of expressed emotion research in health care" – In *Clinical Psychology Review* 20 : 633-666 (2000)
- Weinberg N, Rahdert E, Colliver J & Glantz M: "Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years" – In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37 : 252-261 (1998)
- Williams R & Chang S: "A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome" – In *Clinical Psychology: Science and Practice* 7 : 138-166 (2000)
- Winters KC, Stinchfield RD, Opland E, Weller C & WW Latimer: "The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers" – In *Addiction* 95 (4) : 601-612 (2000)