



Vincent Dodin

GUÉRIR LES ADDICTIONS CHEZ LES JEUNES

DDB *desclée
de brouwer*

100
QUESTIONS
RÉPONSES

Vincent Dodin

**Guérir les addictions
chez les jeunes**
100 questions-réponses

Desclée de Brouwer

Du même auteur

Comprendre l'anorexie
(en collaboration avec Marie-Lyse Testard)
Le Seuil, 2004

Groupe Artège

Desclée de Brouwer

10, rue Mercœur - 75011 Paris

9, espace Méditerranée - 66000 Perpignan

www.artege.fr

ISBN version papier : 978-2-220-06586-1

ISBN version numérique : 978-2-220-06646-2

sommaire

Introduction

Quelques généralités à propos des addictions

Les addictions aux produits

L'alcool

La cigarette

Le cannabis

L'héroïne

La cocaïne

Les hallucinogènes

Les drogues de synthèse

Les médicaments psychotropes

Les addictions sans drogue

Le concept d'addiction sans drogue

Les cyberaddictions

Les troubles des conduites alimentaires

Les autres addictions sans drogue

Un nouveau regard sur les addictions

Évolution des modes de consommation

Évolution des connaissances scientifiques

Évolution des prises en charge et de la prévention

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

philosophie, qui honore la vie qui lui est confiée ; la vie en lui et autour de lui.

Guérir de ses addictions, c'est prendre de la distance avec ses préoccupations égocentrées afin de vivre pleinement son histoire dans un engagement collectif et participer à la construction d'un futur commun.

Guérir de ses addictions, c'est donc redonner du sens à son existence en se reliant à nouveau aux autres et à tout ce qui nous entoure.

Les addictions aux produits

Tony sortit de sa poche un petit sac en toile qu'il déballa sous mes yeux. À l'intérieur, une barrette de la taille d'un morceau de sucre.

– De la beuh ! Et de la meilleure. Venue tout droit du Rif marocain. Ça te met que des trucs optimistes en tête. Ça te transforme un monstrueux cafard en bonheur absolu, tes insomnies en nuits magiques et tes blocages avec les nanas en feu d'artifice.

L'alcool

6. Les jeunes consomment-ils beaucoup d'alcool ?

Oui, les jeunes développent précocement des habitudes de consommation d'alcool et nombre d'entre eux ont des consommations abusives. L'alcoolisation des jeunes mineurs ou adultes jeunes, associée à la prise d'autres toxiques, est en

augmentation et devient un vrai problème de santé publique. En 2008, la Mutuelle des étudiants a réalisé une enquête auprès de 2 000 Français, qui a montré que 60 % des étudiants consommaient de l'alcool, parmi lesquels 62 % consommaient des alcools forts, dont 13 % au moins une fois par mois. La même enquête révélait que 60 % des garçons et 50 % des filles reconnaissaient avoir consommé à l'excès de l'alcool au moins une fois dans leurs soirées, la plupart d'entre eux en ayant consommé jusqu'à en être malades (La Mutuelle des Étudiants, 2008). Si la consommation quotidienne de boissons alcoolisées diminue chez les jeunes, nous observons en revanche une augmentation significative des usages à risque et des épisodes d'ivresse, tant pour les garçons que pour les filles (Beck *et al.*, 2011).

Une nouvelle forme d'alcoolisation se développe dans ces mêmes populations, à savoir le *binge drinking*, qui consiste à absorber le plus rapidement possible, et jusqu'à l'ivresse puis au coma éthylique, des quantités considérables d'alcool (Beck *et al.*, 2011). Cette consommation « frénétique » a ceci de particulier qu'elle est intentionnelle, manifestant une volonté d'atteindre cet état comateux, et préméditée ; la quantité d'alcool pour y parvenir devant être acquise au préalable.

Dans le *binge drinking*, c'est souvent le mélange bière et alcool fort qui est utilisé pour atteindre le coma éthylique. Le *binge drinking* est généralement associé à des conduites à risque, par exemple des rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples. Il existe également une association fréquente entre le *binge drinking* et l'usage d'autres substances, le suicide et les violences physiques dans le cadre de rixes. Les jeunes qui ont recours à ces conduites d'excès ont généralement une mauvaise estime d'eux-mêmes et s'intègrent difficilement dans le groupe de leurs pairs. La marginalisation de ces jeunes, l'échec scolaire

ou universitaire et l'absentéisme sont des facteurs de risque importants à ces nouvelles conduites d'alcoolisation.

7. Au-delà de quelle quantité la consommation d'alcool devient-elle un problème ?

L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable. Il serait responsable de 49 000 décès par an dans notre pays, selon l'institut national de veille sanitaire. L'alcool est aussi devenu la première cause de mortalité sur la route, en particulier chez les jeunes. Les seuils définis par l'Organisation mondiale de la Santé pour parler d'un problème avec l'alcool ne concernent que les adultes et sont, pour un usage régulier (Beck *et al.* 2011) :

- Plus de 3 verres standards par jour en moyenne chez l'homme.
- Plus de 2 verres standards par jour en moyenne chez la femme.

Le verre standard est la quantité « normalisée » délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publique, et qui correspond en moyenne à 10 g d'alcool pur par verre.

À ces seuils s'ajoute la possibilité de pouvoir se passer au moins un jour par semaine d'une consommation d'alcool.

Le questionnaire C.A.G.E. (Ewing, 1984) est un instrument d'utilisation simple permettant de déceler des problèmes attribuables à la consommation d'alcool. Il se compose de quatre questions auxquelles le sujet répond par oui ou par non. Deux réponses positives dénotent habituellement l'existence d'un problème :

- 1) Avez-vous jamais senti que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool ?

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

(micropsie) ou plus grands (macropsie) que dans la réalité et ce phénomène s'accompagne d'une modification de l'image du corps. L'audition est vécue comme plus intense, les images mentales persistent plus longtemps. Les stimulations sensorielles externes telles que la musique, la lumière, vont modifier le ressenti subjectif du consommateur. Des phénomènes étranges peuvent être éprouvés : les sens semblent se répondre entre eux et les couleurs donnent par exemple l'impression d'être entendues. Les hallucinations sont principalement visuelles, avec apparition de formes géométriques très colorées pouvant être suivies d'images plus construites relatives à des paysages et des personnes. Le temps semble ralenti et l'environnement étranger. Le sujet a une perception bizarre de lui-même et de son entourage. Il est centré sur son expérience sensorielle. Souvent, de faux souvenirs apparaissent. Le risque au cours d'une consommation de produits hallucinogènes est le bad trip, pendant lequel le sujet vit une expérience d'angoisse majeure face à des hallucinations cauchemardesques. La descente se fait au bout de six à douze heures. Elle peut être désagréable et générer un profond mal-être. Certains consommateurs ressentent des épisodes de « flash-back », encore appelés « retour d'acide », plusieurs jours, voire plusieurs semaines après la consommation des produits. Parfois, ces « flash-back » peuvent se chroniciser. Ils correspondent à la survenue de symptômes identiques à ceux expérimentés lors de la prise. Les cas de décès sous L.S.D. sont le plus souvent le résultat d'un accident ou d'un suicide.

Les drogues de synthèse

17. Qu'appelle-t-on « drogues de synthèse » ?

Les drogues de synthèse sont des stimulants qui ne sont pas issus de l'agriculture, mais synthétisés en laboratoire. Depuis les années 1980, le développement de ces drogues a été considérable et leur consommation est désormais la plus répandue après le cannabis. Leur synthèse est facile, échappant à tout contrôle. Leur usage s'est développé avec l'apparition du mouvement musical techno et la multiplication des rave-parties. Dans les milieux festifs « techno », l'usage d'ecstasy et d'amphétamines est très répandu et répond à une recherche de sensations fortes.

Il y a quatre grands types de drogues de synthèse :

1. L'ecstasy.
2. Les amphétamines.
3. Le PCP.
4. La kétamine.

À cela, il faut ajouter aujourd'hui les nouveaux produits de synthèse (NPS).

18. Quels sont les effets et les complications liés à la consommation d'ecstasy ?

L'ecstasy, encore appelée « ecsta », « pilule d'amour », « taz », « peanut », « bonbon », « pill » ou « MDMA », se « cachetonne », « se gobe », « se croque »...

L'ecstasy se présente sous forme de cristaux dont la couleur varie du blanc au brun, en passant par le rose. Il est conditionné sous la forme de comprimés de couleurs et d'apparences variées, souvent ornés d'un motif ou d'un logo. Les substances contenues dans les comprimés d'ecstasy sont aléatoires, souvent associées à de la caféine, des médicaments, du sucre, de la craie, du talc, de la lessive...

La MDMA (3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine qui est la molécule originelle de l'ecstasy) « refait surface » depuis 2010,

après un an de pénurie très forte due à des saisies massives de précurseurs du produit au Cambodge. Le choix des usagers se porte préférentiellement sur la forme « cristal » qui aurait des effets plus puissants et plus purs que ceux de la poudre. Le succès renouvelé de cette substance tient aussi à la diminution importante de son prix

(Cadet-Taïrou *et al.*, 2012).

Les effets recherchés sont la sensation d'énergie, la désinhibition, le bien-être, l'euphorie, l'empathie et la facilitation des relations sociales, l'exacerbation des sens, en particulier le toucher, avec des sensations simultanées de stimulation et de relaxation. L'euphorie, la sensation de bien-être et de plaisir sont ressenties en général trente à cinquante minutes après l'ingestion de la substance, qui peut parfois provoquer des phénomènes contraires. À fortes doses, l'ecstasy peut provoquer des hallucinations. La descente se fait deux à quatre heures après l'ingestion du produit et s'apparente à des symptômes dépressifs plus ou moins intenses. Souvent, la journée qui suit la prise d'ecstasy est pénible et paraît ennuyeuse. Il est possible de constater plusieurs jours après la prise un état d'angoisse, de dépression et de grande fatigue, qui serait dû à un manque de sérotonine. Les risques somatiques sont principalement liés à l'hyperthermie et à la déshydratation chez des consommateurs évoluant plusieurs heures dans une ambiance surchauffée. Celle-ci pouvant entraîner la mort. Sur le plan psychiatrique, la consommation d'ecstasy peut provoquer des dépressions. Une consommation régulière va entraîner un amaigrissement, une modification du caractère, des troubles du sommeil, des troubles anxieux et la survenue de dépressions graves.

La consommation d'ecstasy, ces dernières années, est en baisse bien que ce produit continue à se diffuser dans la population

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

- Vous avez essayé de réduire l'utilisation de Facebook sans succès.
- Vous devenez agité ou troublé si on vous interdit d'utiliser Facebook.
- Vous utilisez tellement Facebook que cela a un impact négatif sur votre travail ou vos études.

Selon l'auteur du test, si le sujet répond « souvent » ou « très souvent » quatre fois ou plus à l'ensemble de ces six questions, il serait susceptible de souffrir d'une addiction à Facebook.

La pratique excessive de Facebook ou de Twitter serait plus fréquente chez les jeunes souffrant d'anxiété et qui manquent d'assurance en société.

28. Les 16-20 ans peuvent-ils devenir « accros » aux sites de rencontre ?

Oui ! Les jeunes deviennent « accros » aux sites de rencontre et probablement davantage qu'aux jeux vidéo. L'addiction au sexe via les sites de rencontre est un phénomène qui a débuté en France avec le « minitel rose » de la fin des années 1980 et s'est largement répandue via les sites de rencontre tels que Meetic ou Adopteunmec.com, pour ne citer qu'eux. Un inventaire réalisé en 2008 révélait l'existence de 1 045 sites ciblant la population française (Bergström, 2011). Fréquentés au début par les quinquas et les quadras, qui avaient déjà connu la vie de couple, les sites de rencontre ont séduit les trentenaires et aujourd'hui les grands adolescents et les adultes jeunes. En Europe, la fréquentation de Meetic atteindrait près de 10 % de la population et concernerait en majorité des célibataires, des couples en quête de « liaisons dangereuses » ou en « solo », mais aussi une population d'utilisateurs jeunes et appartenant notamment aux catégories socioprofessionnelles supérieures et intermédiaires (Bajos *et al.*, 2008). Mais Adopteunmec.com est devenu, en quelques mois, le site préféré des jeunes pour les

rencontres d'une fois. Les rencontres virtuelles offrent des conditions particulières qui favorisent l'addiction aux sites, mais aussi l'addiction au sexe par la consommation compulsive qu'elles induisent :

- Choix illimité pour trouver un nouveau partenaire qui comble les attentes.
- Accès quasi immédiat à des aventures sans lendemain.
- Sélection toujours plus poussée des critères définissant le partenaire idéal pour le réduire à un objet de plaisir à son image, très différent des principes de réalité, et qui laisse peu de place à de véritables rencontres...

Les internautes « accros » aux sites de rencontre sont très vite prisonniers d'un comportement qui consomme de plus en plus de temps et empiète sur la vie personnelle, affective, familiale, sociale et professionnelle, ainsi que sur les rythmes biologiques. La recherche compulsive du plaisir que procure l'hameçonnage de nouveaux profils crée un état d'hypervigilance et d'alerte permanente, qui garde l'internaute en quête de sensations fortes connecté très longtemps. « Établir un profil, chatter sans limite avec des inconnus, les brancher, découvrir qui se cache derrière un pseudo est follement excitant ! » reconnaît Marie, adepte d'Adopteunmec.com. « C'est plus fort que moi. Avec mon iPhone, je consulte ma boîte depuis le réveil jusqu'au coucher, un nombre incalculable de fois, à tel point que ça me joue des tours au boulot », explique Quentin, inscrit sur Meetic, qui avoue en consultation son besoin impérieux d'y retourner sans cesse.

Le psychologue Georges-Henri Areinstein (2001) décrit quatre stades dans la pratique du chat :

- Le premier stade est l'initiation, qui est caractérisée par un intérêt et une curiosité marqués par un attrait personnel,

social ou culturel de l'autre. Très vite, l'échange s'oriente sur la question « A.S.L. », qui signifie : quel âge ? quel sexe ? quelle localité ?, et provoque une réponse comportementale implacable sous la forme de « je te prends » ou « je te jette ». Dès lors que j'accepte de poursuivre l'échange, l'autre devient un mystère à découvrir.

- Le deuxième stade est celui de l'amitié, qui induit des échanges plus familiers, étayé par des confidences intimes sur la vie privée. L'émotion est marquée par la curiosité, la fascination, l'émerveillement, le ravissement... Mais cet apprivoisement de l'autre se fait beaucoup plus rapidement que dans la vie réelle, un peu à la manière d'un coup de foudre, parce que beaucoup de préjugés et d'obstacles sont écartés dans la rencontre virtuelle – en effet, j'élimine d'un clic tous les gens qui m'encombrent et ne retiens que les profils qui m'intéressent. Par ailleurs la communication non verbale (la gestuelle, la morphologie, l'odeur, le timbre de la voix, le mouvement pupillaire, la coloration de la peau, la transpiration, les bruits abdominaux...) est quasiment absente de l'échange. Le chat laisse donc libre cours aux fantasmes dont les contenus sont toujours magnifiés, chacun s'efforçant de montrer à l'autre ses bons côtés en masquant les plus laids. Cette singularité de la rencontre virtuelle est facilitatrice d'une complicité virtuelle avec cet « Autre » inconnu qui nous donne l'illusion de nous connaître si bien.

- Le troisième stade est l'éblouissement, qui est une sensation proche de l'envoûtement et qui est source d'une grande excitation. Le chat l'emporte alors sur les autres activités, le conjoint, la famille, les tâches quotidiennes, les repas, le sommeil, les rythmes physiologiques... Cette excitation, qui active les « circuits de la récompense » par la sécrétion de dopamine, sera à l'origine d'une addiction, d'autant plus

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Un nouveau regard sur les addictions

La veille, les portables diffusaient les infos – le jour et le lieu du rassemblement – par SMS qui se répandaient sur le réseau téléphonique à la façon d’un tsunami. Des milliers de tentes poussaient sur le sol rouge et caillouteux du haut plateau peuplé d’ordinaire de brebis paisibles. Au centre de ce gigantesque campement, une scène tout aussi improvisée sur un surplomb rocheux et tout autour un espace vierge, pouvant accueillir plus de cinquante mille personnes. Des colonnes d’enceintes telles des obélisques futuristes crachaient sans limite aucune leurs décibels, qui se perdaient dans les grandes étendues du Larzac. En quelques heures, le Causse était devenu un capharnaüm démentiel où déambulait toute une jeunesse qui se chargeait de shit, de bière et de vodka à mesure que la journée avançait.

ÉVOLUTION DES modes de consommation

38. Les hommes ont-ils toujours consommé des produits psychotropes ?

Oui, si l’on remonte dans l’histoire, on constate que l’usage des substances à effet psychotrope a toujours existé. La fabrication de l’alcool est sans doute concomitante à la sédentarisation de l’homme et au développement de l’agriculture. Mais c’est au XVIII^e siècle que l’on parle pour la

première fois des problèmes liés à la consommation excessive d'alcool et, avec l'avènement de la révolution industrielle au XIX^e siècle, l'alcoolisme devient un fléau, en particulier dans le monde ouvrier. L'Antiquité connaissait déjà les vertus de certaines plantes dont on usait à l'époque à des fins divinatoires. Le pavot, dont on extrait l'opium, était cultivé par les Égyptiens. Le chanvre, dont on extrait la résine de cannabis, poussait sur les plateaux de l'Inde et était utilisé dans certaines cérémonies religieuses pour provoquer l'exaltation et la transe.

La diffusion de ces plantes se fit lentement au cours des siècles, d'abord à travers tout l'Orient, puis beaucoup plus tard en Occident. En effet, ce n'est qu'au début du XIX^e siècle que l'opium et le haschisch y firent leur apparition. Leur consommation se limitait alors à un nombre assez restreint d'esthètes et de poètes en quête de sensations nouvelles, comme Théophile Gautier et Charles Baudelaire, qui se lièrent d'amitié au sein du club des Haschischins.

À cette période de curiosité littéraire succéda vite une période d'intérêt médical qui ne fit que se développer par la suite. La morphine fut très largement utilisée au cours de la guerre de 1870. En France, l'industrie chimique et pharmaceutique, qui commençait alors son prodigieux essor, mettait en abondance sur le marché toute une série de produits : morphine, héroïne puis cocaïne. Ainsi, au début du XIX^e siècle, les pilules d'opium se débitaient en grand nombre et à boutique ouverte chez les droguistes de Londres. Dès le fin du XIX^e siècle, on assista à des vagues quasi épidémiques de morphinomanie d'abord, puis de cocaïnomanie, d'éthéromanie et enfin d'héroïnomanie. En Occident, l'opium et ses dérivées furent de nouveau en vogue après la Première Guerre mondiale, puis leur usage s'atténua jusqu'à pratiquement disparaître. Dans les « années folles » de

l'entre-deux-guerres, les toxicomanies restèrent l'apanage d'une minorité d'intellectuels ou d'artistes et le phénomène fut limité.

39. À partir de quelle époque la consommation de drogues se répand-elle dans la population générale ?

D'abord confidentiel, l'usage des drogues ne se répand dans la jeunesse qu'au décours des années 1960 qui préfigurent l'apparition massive des drogues « dures » dans toutes les classes sociales et dans tous les milieux. L'importance des toxicomanies fut donc relativement limitée pendant la première moitié du xx^e siècle puis devint un grave problème de santé publique à partir des années 1970 pour prendre ensuite une importance sans cesse croissante.

Ainsi l'héroïne fit, à partir de l'été 1969, une entrée fracassante, marquant le point de départ d'un phénomène social à dimension planétaire qui ne devait plus s'interrompre. Il en va de même pour la cocaïne. Si, au début du xx^e siècle, la consommation de cocaïne fut d'abord le fait d'une minorité d'intellectuels, elle fut ensuite utilisée comme excitant par les gens surmenés, les hommes d'affaires, ceux du show-business et les sportifs. Jusque dans les années 1990, l'usage de la cocaïne était largement devancé par celui des opiacés en France. C'est au cours de ces années que l'on assiste à une augmentation de diffusion de la cocaïne, mais aussi à celle de la forme basique ; la free base ou le crack (HAS, 2010).

Les hallucinogènes (L.S.D.) ont eu leurs heures de gloire avec l'émergence du mouvement psychédélique, sous l'égide du neuropsychologue et écrivain américain Timothy Leary, parallèlement au mouvement hippie dans le milieu des années 1960. Outre le L.S.D., le cannabis est aussi massivement consommé par les hippies, sous sa forme la plus répandue, la marijuana.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

t'envoie tous les soirs un petit message pour te dire que je pense à toi ! Mais cela génère insidieusement de nouvelles sources de stress et de conflits qui renforcent la dépendance affective : quelle catastrophe est donc survenue pour que tu ne m'appelles pas ? Avec qui étais-tu quand tu as oublié de m'envoyer un message ?

Le déclin de l'autorité et ses conséquences addictives

47. Qu'est-ce que l'autorité ?

Selon la définition du Larousse, l'autorité correspond au droit de pouvoir commander, d'être obéi. Elle est une attribution légitime de ce pouvoir, et ne doit pas être confondue avec l'autoritarisme, qui qualifie l'attitude de la personne qui contraint physiquement et/ou psychiquement les personnes qu'elle commande. L'autorité peut être légitimée par la loi, par la fonction au sein d'une structure, par exemple l'autorité parentale au sein de la famille, ou par les connaissances et les compétences d'une personne reconnue par ses pairs. L'autorité délimite le cadre, fait respecter la loi, défend les droits, impose les devoirs auxquels les individus se réfèrent pour vivre ensemble. Elle fédère la communauté vers des objectifs librement consentis. L'autorité est inscrite dans une histoire et s'enrichit de l'expérience des générations précédentes. Elle structure la vie du groupe et assure la transmission d'un savoir collectif. Elle inscrit le groupe et l'individu dans une temporalité qui donne des repères aux générations à venir. On peut la refuser ou l'accepter, l'intégrer ou la combattre, faire

collectivement bouger les règles, elle n'en constitue pas moins un socle sur lequel l'individu s'appuie pour s'émanciper.

Aujourd'hui, la « loi » des nations, des gouvernements, des institutions, des parents est devenue exclusivement sécuritaire. Elle étend son contrôle à l'infini, démultiplie les procédures de mise en conformité et condamne tout ce qui fait prendre des risques. C'est alors la recherche du risque zéro absolu qui est légiférée sans réflexion de fond, au gré des faits divers, lorsqu'un fou commet un homicide, un violeur récidive ou des habitations du littoral sont inondées.

48. Assiste-t-on aujourd'hui à un déclin de l'autorité ?

Oui, si l'on en croit le sociologue Olivier Bobineau qui, dans son article « La troisième modernité, ou "l'individualisme confinitaire" », évoque un rapport aux autres « devenu prioritairement individualiste et pragmatique ». Et c'est sur le terreau d'une société individualiste, en quête de jouissance sans limite, ni différée que se développent les addictions. Mais faire un lien entre l'avènement d'une « société addictive » et le déclin de l'autorité ne signifie pas que nous serions davantage éloignés des « vraies valeurs » qu'à d'autres périodes de l'histoire, ni que les individus étaient plus heureux ou moins « névrosés » grâce à cela. Il n'y a donc pas de paradis perdu, et le despotisme des figures tutélaires de l'autorité dans une histoire récente a été responsable de génocides et de catastrophes humaines dont l'humanité se remet mal : le colonialisme, l'esclavagisme, la Première Guerre mondiale, Hitler, le nazisme et l'extermination des juifs, les purges staliniennes, etc. Depuis le premier choc pétrolier de 1973, les pays industrialisés ont connu les crises économiques successives, l'effondrement du mur de Berlin et de l'idéologie communiste, le déclin du religieux, le 11 septembre

2001 et le terrorisme à l'échelle de la planète. L'une des évolutions majeures en a été la fin d'un élan sociétal tourné vers un engagement collectif dans le but de construire un futur commun, au profit d'une dynamique centrée sur l'individu. Ce mouvement individualiste porté par l'économie néolibérale désengage l'individu de l'intérêt collectif et l'incite à accéder sans contrainte ni délai à la jouissance de l'objet. Cette évolution a accompagné le discrédit jeté sur l'organisation patriarcale de la société qui avait prévalu dans les décennies précédentes. Au-delà du pouvoir des pères, patriarcat s'entend comme tout ce qui est garant de l'autorité ; le sociologue Olivier Bobineau (2011) y voit le déclin de ce qu'il nomme la perte des sept « figures tutélaires de l'autorité » :

- La perte de l'autorité des Pères, attestée par la fréquence des familles monoparentales regroupées autour de la mère et le déplacement de la fonction paternelle du côté du maternel.
- La perte de l'autorité des Prêtres, attestée par leur perte d'influence au sein de leur paroisse ou de l'école, la pénurie des officiants et la désertion des cultes religieux.
- La perte de l'autorité des Professeurs, souvent malmenés par les élèves et les parents et dont la profession vit une crise des vocations.
- La perte de l'autorité des Partis (le parti communiste notamment), mais aussi des syndicats, concomitante à l'abandon des combats idéologiques qui avaient porté les grandes avancées sociales du xx^e siècle.
- La perte de l'autorité des Patrons, qui s'accompagne d'une perte de crédibilité dans leur capacité à agir dans l'intérêt des travailleurs et de l'entreprise et que relaie le thème des patrons voyous.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

gestation, est sans doute la forme de base de l'autosécurisation (Coeman, 2008). C'est à partir de ce camp de base que le bébé partira à la découverte du monde sans limite, à son rythme et dans le respect de sa maturation physiologique. Il se déploiera progressivement selon un processus qui le conduira de l'état de dépendance absolue, puis relative, vers une indépendance progressive.

La qualité de cette sécurité de base dépend donc de la qualité de ses interactions corporelles et affectives avec son milieu. Dès la naissance, l'enfant se trouve dans un environnement marqué par l'état psychique très particulier de la mère ; un état que Winnicott (2006) appelait la préoccupation maternelle primaire. C'est un état d'hypersensibilité qui permet à la mère d'utiliser toutes les ressources de son empathie pour s'adapter et s'ajuster aux tout premiers besoins du bébé. Avant l'accès à la parole, les échanges entre l'enfant et son environnement passent par ce que De Ajuriagurra (1962) a appelé le « dialogue tonique », qui permet des ajustements posturaux entre l'enfant et sa mère mettant en jeu le tonus musculaire de chacun d'entre eux. Le dialogue tonique est transmis par des modulations fluctuant entre détente et raidissement corporel, global ou partiel. Ces interactions corporelles dépendent de la manière dont le bébé est tenu, porté, manipulé et touché, comme le dit Winnicott (1975) dans la description qu'il fait du *holding* et du *handing*.

Les interactions visuelles et les interactions vocales participent aussi de cet ajustement entre la mère et le bébé, synchronisant ou désynchronisant la correspondance entre les deux. À cela s'ajoutent les interactions affectives qui concernent le climat émotionnel dans lequel sont vécus les échanges entre la mère et son bébé. Ces influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de sa mère définissent ce que Stern (1989) a appelé l'« accordage affectif » entre la mère et l'enfant, qui génère des

sensations de plaisir ou de déplaisir, de joie ou de tristesse, d'ennui ou d'excitation, de chaleur ou d'indifférence, de sécurité ou d'insécurité...

Quand la sécurité de base est défaillante, c'est le corps qui est attaqué, en particulier par les conduites addictives. Le corps est d'autant plus mis à mal que cette insécurité interne s'enracine à une époque lointaine, archaïque, autour de la périnatalité, voire de la période intra-utérine. Il l'est aussi quand le sujet a vécu au cours de son développement des traumatismes répétés qui ont altéré sa sécurité de base. Cette insécurité est parfois causée par des événements traumatiques tels qu'une réanimation néonatale, une grossesse compliquée, une hospitalisation maternelle, des hospitalisations répétées de l'enfant, des abus sexuels, des situations de bouc émissaire à l'école. Elle peut être aussi liée à un climat environnemental insécurisant : indisponibilité maternelle au cours d'une dépression classique ou du post-partum, deuils familiaux, violences conjugales, ou autres souffrances familiales. De ce traumatisme, demeure une trace psychocorporelle, c'est-à-dire une trace qui s'inscrit à la fois dans une mémoire de l'esprit, souvent refoulée, et dans une mémoire corporelle que certaines stimulations sensorielles peuvent réveiller (Dodin *et al.*, 2012).

54. Quelle est la fonction du doudou chez l'enfant ?

Si les interactions précoces mère-enfant installent la sécurité de base, le climat familial, la gestion des événements de vie douloureux par l'enfant et par son environnement familial modifieront par la suite la qualité de cette sécurité interne. Ils influenceront le déroulement des autres grandes étapes du développement : le sevrage, l'entrée à l'école, l'adolescence, etc. Une autre étape très importante concerne les phénomènes

transitionnels. L'espace transitionnel est un espace qui va jouer pour l'enfant un rôle essentiel dans le processus de représentation et de symbolisation. Il va permettre un premier décollage de la mère et initier un processus vers l'indépendance. Pour Winnicott (1975), le mot « sein » inclut toutes les techniques de maternage. Au départ, la mère, par une adaptation quasi-totale, permet à son bébé d'avoir l'illusion que son sein est une partie de lui-même. Tout se passe donc comme si le sein était la création de l'enfant. Par la suite, le bébé devra se retirer de cet état d'illusion, à son rythme et selon ses capacités, afin de reconnaître la mère comme différente de lui. Pour permettre ce sevrage, une aire de transition doit d'abord s'installer entre eux ; cela passe par l'objet transitionnel, le « doudou ». Ce doudou n'est pas la mère, mais il la représente. Il introduit l'aptitude à vivre et à accepter les différences et les similitudes. Il constitue une partie presque inséparable de l'enfant, se distinguant en cela du futur jouet, et il est aussi la première possession de quelque chose qui n'est pas « moi », à la différence du pouce. L'aire transitionnelle est le premier espace qui ouvre le tout-petit au monde. Il est aussi le premier espace qui permet à l'enfant d'intérioriser les bons soins maternels, c'est-à-dire de devenir « sa propre bonne mère », ce qui lui permettra plus tard d'expérimenter la vie tout en étant à l'écoute des besoins et des limites de son corps.

Or les conduites addictives touchent préférentiellement des individus qui ont été des enfants ayant constamment eu besoin de la personne réelle et n'ont pas pu construire leur espace transitionnel (Dodin *et al.*, 2004). Beaucoup, par exemple, n'ont jamais eu de vrai doudou. Ils n'ont pu vivre cette zone intermédiaire où ils ne sont plus confondus à l'autre, mais pas encore séparés, et n'ont donc pas pu être sevrés. C'est ce qu'il advient des enfants qui, pendant des mois, voire des années, ne

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

l'environnement extérieur : relation amoureuse, relation conjugale, relation sociale, professionnelle, amicale...

Cette dérive placentaire n'est pourtant pas le fait des mères. Elle est plutôt la conséquence d'une profonde mutation de la fonction parentale dans la société occidentale.

60. Avoir un seul ou deux parents, qu'est-ce que ça change ?

Tout au long de son développement socio-affectif, l'enfant nécessite à la fois d'être « materné » et « guidé » dans le monde des hommes, pour qu'une fois arrivé à l'âge adulte, il y occupe sa place et contribue au projet commun. L'idéal pour cela est d'avoir deux parents qui, à certains moments, se positionnent différemment pour trianguler la relation à l'autre parent et ne pas enfermer l'enfant dans un lien de comblement. Dans la famille nucléaire traditionnelle, cette fonction d'ouverture sur le monde était plutôt dévolue au père, dont le rôle est de détourner le désir de la mère de son enfant et de confronter ce dernier à une loi qui limite la jouissance du bon sein maternel en y apportant une régulation. Car, au départ, l'enfant se trouve dans un rapport fusionnel avec sa mère. Ayant poussé dans son ventre, il est partie intégrante de celle-ci. La naissance ne change rien à l'affaire et fait éprouver à la mère que l'enfant n'est qu'un prolongement d'elle-même. Ces interactions précoces où la mère est tout pour l'enfant et l'enfant tout pour la mère, sont vitales pour la survie du nouveau-né. Dans cette histoire à deux, le père est le premier élément d'altérité. Parce qu'il incarne la libido de la mère et la fonction du père, il est en quelque sorte le premier intrus dans cette relation de comblement mutuel. S'il n'y avait pas cet empêcheur de « déglutir en rond », la mère et l'enfant se dévoreraient de baisers, se fonderaient l'un dans l'autre pour ne

faire qu'un et remplir à nouveau le trou laissé vacant dans l'utérus maternel.

Aujourd'hui, avec la modification des constellations familiales – familles monoparentales, familles homoparentales, familles recomposées, pères assumant le rôle de mère –, la donne a changé. Se pose alors la question de l'« autre parent », qui n'est plus forcément le père, mais qui est celui ou celle à qui la mère donne une légitimité pour assumer ce rôle de trianguler la relation ; celui qui peut opposer le « non » à l'enfant désireux de demeurer dans la plénitude du « bon sein maternel » et qui le protège des fantasmes de dévoration de la mère. Or, dans notre société industrialisée qui cultive la sacralisation de la fonction maternelle, la problématique addictive est très souvent un véritable appel à cet « autre parent », à sa fonction, à l'exigence d'une régulation de la relation fusionnelle à la mère. Lacan (1991), pour expliquer le désir de la mère, racontait à ses élèves : « Le désir de la mère n'est pas quelque chose qu'on peut supporter comme ça... Ça entraîne toujours des dégâts. Un grand crocodile dans la bouche duquel vous êtes : c'est la mère. On ne sait pas ce qui peut lui prendre tout d'un coup, de refermer son clapet. C'est ça, le désir de la mère. Alors j'ai essayé d'expliquer qu'il y avait quelque chose qui était rassurant. Je vous dis des choses simples, j'improvise, je dois le dire. Il y a un rouleau, en pierre bien sûr, qui est là en puissance, au niveau du clapet, et ça retient, ça coince, c'est ce que l'on appelle le phallus. C'est le rouleau qui vous met à l'abri, si, tout d'un coup, ça se referme. »

Bien sûr, ce que Lacan appelle le phallus n'est pas à prendre au sens littéral du terme. Il s'agit sur le plan symbolique de cet élément d'altérité spécifique à cet « autre parent » qui est non seulement le lieu du désir de la mère, mais qui rend aussi la relation mère-enfant imparfaitement congruente. C'est donc ce

qui fait obstacle à la phagocytose de l'enfant par sa mère et permet que s'entame pour l'un et pour l'autre le deuil de l'illusion d'un paradis qui prolongerait la lune de miel intra-utérine, lorsque les échanges se faisaient au travers du placenta, bien calfeutrés dans l'utérus maternel. Du point de vue psychique, le « décollement placentaire » surviendra lorsque l'enfant prendra conscience qu'il n'est pas tout pour la mère parce qu'elle désire quelqu'un d'autre que lui. Cet autre, ce peut être le père ou tout autre à qui elle peut se référer parce qu'elle lui reconnaît une place et une fonction différente de la sienne et qu'il pourrait se comporter avec l'enfant autrement qu'elle. « Je te garderais bien jour et nuit avec moi à te bercer dans mes bras ; à te poser bien au chaud sur mon ventre, mais ton "autre parent" que j'aime, ne serait pas d'accord et il aurait raison. Et puis, j'ai aussi envie de passer du temps rien qu'avec lui (ou elle) ! »

L'amour de l'autre parent ne peut se dispenser de la condition que l'enfant consente à sortir du champ maternel pour aller à sa rencontre, puis à la rencontre du monde. Il faut donc que cet « autre parent » intervienne aussi dans le réel ; qu'il donne le coup de pouce nécessaire à l'enfant pour qu'il puisse se délivrer de son « placenta psychique », qu'il s'inscrive définitivement dans la relation à l'enfant sur un autre mode que la mère pour que toute tentation de revenir en arrière, dans l'utérus maternel, soit désormais impossible. L'intervention de cet « Autre » dans le réel est aussi nécessaire, non pas tant pour réprimer et faire acte d'autorité, que pour obturer le trou parce qu'il signifie à l'enfant que la mère est déjà occupée et que cet état « met fin à tout espoir de pouvoir en tirer une jouissance ».

61. Hétéro, homo, monoparentalité et familles recomposées : comment s'y retrouver dans la répartition des rôles ?

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

submergent le père ne peuvent être expliquées à l'enfant. Ce dernier n'en comprend donc pas la raison, mais perçoit chez son parent cette perturbation intérieure entachée de honte.

68. Où se loge la mémoire de nos secrets de famille ?

Au-delà de la souffrance, le point commun à toutes les familles porteuses de secrets honteux a été d'avoir délimité autour de ces événements une zone sacrée, interdite, créant une sorte de sanctuaire « encrypté ». La finalité consciente est de taire et d'effacer de la mémoire ces événements honteux. Ce faisant, la famille creuse un trou, crée une lacune qui se manifeste au niveau de l'inconscient par un effet inverse : malgré tout, pour que ces morts et ces souffrances ne s'oublient pas totalement, chaque génération met en demeure sa descendance de recevoir et de transmettre cette crypte, mais qu'il leur est interdit de pénétrer.

Clotilde est boulimique vomisseuse. Elle nous dit être la « mémoire vivante de sa grand-mère », se décrit comme la « gardienne du temple » ; celle qui, avant de rentrer à la maison, ne peut marcher dans la crypte qu'après s'être purifiée des impuretés qui l'avaient contaminée à l'extérieur.

A. Ancelin-Schutzenberger (1999) écrit : « Tout se passe comme si certains morts, mal enterrés, ne pouvaient alors rester dans leur tombeau ; relevaient la dalle, circulaient et allaient se cacher dans cette crypte, portée par quelqu'un de la famille, dans son cœur et dans son corps, et dont il sortirait pour se faire reconnaître, pour qu'on ne les oublie pas. »

La crypte est un trou creusé dans le psychisme de celui qui abrite le fantôme. C'est un espace virtuel creusé par l'imaginaire des parents, avant même la conception de l'enfant, et qui relaie l'imaginaire familial. C'est donc un vide occupé par la mémoire

souvent inconsciente d'un mort, autour duquel se construit l'individu. Odile, qui a sombré un temps dans une polyaddiction, évoquait régulièrement l'« œil intérieur » de sa grand-mère qui l'habitait comme un double. Elle nous rapporta un rêve fait la veille de son hospitalisation, dans lequel sa grand-mère sortait de son linceul pour passer la journée avec elle, puis elles se couchaient toutes les deux dans le cercueil à la fin de la journée. « On m'a toujours comparé à ma grand-mère maternelle », disait Odile qui, selon sa famille, partageait avec cette aïeule beaucoup de traits de caractère et des ressemblances physiques.

Le fantôme de la crypte « revit » par exemple lorsque les prénoms choisis pour l'enfant sont ceux de défunts dont on n'a pas fait le deuil dans la famille. Vincent Van Gogh, dont on connaît la fin tragique, aura passé son enfance à apercevoir, depuis la fenêtre de sa chambre, la tombe de son aîné, décédé un an jour pour jour avant sa naissance et dont il portera le prénom.

L'entrée dans la vie pour Loïc est marquée du sceau de la mort. D'abord parce que la mère a perdu son amie d'enfance pendant sa grossesse ; ensuite parce que Loïc porte en deuxième et troisième prénom ceux de deux oncles décédés dans la petite enfance, suite à un accident.

« Ma mère était très contente d'avoir un garçon, rapporte Martin. C'est elle qui a choisi mon prénom. Mon père voulait m'appeler Charles, mais ma mère tenait très fort à Martin parce que c'était le prénom de son petit frère, qui est mort quand elle avait 9 ans... Mon deuxième prénom, c'est aussi celui d'un mort ; celui de la mère de mon père, qui est décédée quand il avait 5 ans. Mes deux prénoms, ce sont deux morts ! » Avant d'ajouter : « Suis-je mort, suis-je vivant et surtout n'est-on pas plus vivant pour l'autre quand on est mort ? »

Traces indélébiles dans l'inconscient familial, les morts non enterrés ont un impact sur le tissage des liens familiaux. Ils diffusent leurs arômes mortifères dans le bain familial et impriment de leur présence la trame du tissu relationnel. Cela ne signifie pas que la famille est plongée dans la tristesse, loin s'en faut, mais le bonheur ne se conçoit que sur la base de relations placentaires où chacun sera pour l'autre le garant de son « capital vie ». Les morts non enterrés hypothèquent la confiance accordée au potentiel de vie de chacun dès lors qu'il s'affranchit de la famille et toute séparation de la bulle familiale, tout processus de « séparation-individuation », réactive au niveau archaïque les angoisses de mort (Frias *et al.*, 2010).

La relation placentaire qui se tisse entre l'enfant et son parent tient sa solidité de cette angoisse mortifère. Elle se déplace souvent, à l'adolescence et par la suite, sur des relations amoureuses exclusives et fusionnelles qui, parce qu'elles interdisent tout espace intime personnel, seront tôt ou tard vouées à l'échec. Les angoisses de solitude trouvent alors une échappatoire dans la répétition de procédés autocalmants qui font le lit des addictions.

traiter les addictions

« Eh oui ! Je suis maintenant capable d'affronter mes nuits seul, sans beuh, ni alcool, ni médoc, ni Internet, si c'est ça que vous voulez savoir !

– Oui, ça m'intéresse d'apprendre ça !

– Mes nuits se sont apaisées. Les fantômes ne se montrent qu'exceptionnellement dans mes cauchemars et ne viennent plus me tarabuster les orteils. Quand mes

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

maladie et ses conséquences graves, que par l'absence de motivation pour engager une démarche de soin. Il paraît donc illusoire d'exiger d'emblée un arrêt des conduites addictives. En niant la complexité du trouble, les soignants risqueraient alors d'accentuer le déni du patient et de renforcer ses résistances. Si beaucoup d'entre eux, amenés par leurs parents, viennent à contre cœur à la première consultation, la plupart, bénéficiant d'une écoute empathique auprès de professionnels, réussissent à s'ouvrir sur leurs difficultés existentielles.

Les conduites addictives apportent dans un premier temps plus d'effets bénéfiques que négatifs, ce qui retarde l'accès aux soins : se sentir fort, s'intégrer au groupe de pairs, conserver la maîtrise de son corps et de sa vie, fuir les autres, maintenir son emprise sur l'environnement familial, éviter de s'engager dans une relation amoureuse, se préserver du manque et de la frustration, canaliser l'angoisse, échapper à l'ennui...

Le sevrage n'en sera pas moins tôt ou tard au cœur du dispositif thérapeutique. Il est la condition pour que le jeune sorte de sa bulle et parte à la découverte du monde. C'est, comme le dit Thierry Vincent (2000), une perte organisée en gage de promesses et de plaisir à venir. Ce n'est pas une privation, mais l'ouverture à la diversité qui élargit progressivement l'horizon. Celle-ci intégrera l'apprentissage de la gestion du manque, de la frustration, du conflit et du désaccord ; conditions indispensables pour permettre la pleine expression des énormes potentialités de ces jeunes et leur épanouissement personnel.

76. Comment motiver un jeune addict à se soigner ?

Le travail thérapeutique soulève beaucoup d'inquiétudes qu'il convient de canaliser avec l'aide du thérapeute et qui tournent autour de deux questions fondamentales :

- À quoi me sert mon addiction ?
- Comment sera ma vie sans mon addiction ?

Le modèle de Prochaska et Di Clemente permet de situer le jeune addict dans le cycle évolutif de son trouble addictif et oriente les stratégies d'aide. Mais pour le motiver à changer son comportement addictif, les protocoles de soins utilisent une technique d'entretien qu'on appelle l'entretien motivationnel (EM) (Rollnick *et al.*, 2009). Les résistances au traitement, renforcées par l'envie de consommer, sont un frein tout au long de la prise en charge, souvent émaillée de rechutes. L'entretien motivationnel propose au sujet de travailler sur son ambivalence en identifiant les avantages et les inconvénients de ses consommations, afin de l'aider à cheminer vers un processus de changement grâce à une alliance thérapeutique dominée par l'empathie. Le but de l'entretien motivationnel est donc d'augmenter sa motivation au changement. En effet, un sujet dont le libre arbitre est entravé par une dépendance aura tendance à s'obstiner dans son addiction quand on le somme d'arrêter, comme s'il trouvait là l'illusion d'un libre choix : fumer est mon choix et je revendique ma liberté de fumer ! L'enjeu de l'entretien motivationnel sera de forger une alliance qui encouragera le sujet à rechercher en lui ses propres ressources et sa propre motivation pour changer son comportement sans se sentir privé de son autonomie. Ce sera donc une motivation qui vient du sujet et qui ne sera pas imposée par le thérapeute ; le rôle de celui-ci consistant à faire émerger dans l'ambivalence du patient les aspects positifs et négatifs de son trouble, du processus de changement et de la guérison. Le premier temps de cette méthode consiste à faire un état des lieux de la situation du patient et de son addiction, puis à le faire progresser vers une volonté de changer. Le deuxième

temps vise à soutenir cette volonté et à développer les actions pour y parvenir. La disposition au changement est fluctuante selon les circonstances. Tout l'art du thérapeute sera de maintenir celle-ci à flot. Car les injonctions et les comportements comminatoires de l'intervenant durant l'entretien risquent de renforcer la résistance du patient. Il peut néanmoins y avoir, au décours de la prise en charge, des moments clés où le thérapeute s'autorisera à être le garant d'une loi et recourra à des injonctions de soins : pour un patient qui met sa vie en danger, ou pour un patient dont l'intégrité psychique est gravement menacée. Il s'agit d'un moment particulier du soin où, lorsque l'alliance thérapeutique est solide, l'autorité du thérapeute fera barrage à la tentation chez le patient d'abandonner le traitement. Mais pour l'essentiel, l'entretien motivationnel invite le thérapeute à respecter l'autonomie et la liberté de choix du sujet. La relation entre le thérapeute et le patient est construite sur l'empathie, la collaboration et le renforcement positif plutôt que la culpabilisation et la réprimande. Cela est donc aux antipodes d'une relation soignant/soigné fondée sur la hiérarchie ou la coercition ; l'entretien motivationnel donnant la priorité à la résolution des conflits intérieurs et des contradictions.

Le traitement multimodal sur lequel repose la prise en charge des patients addicts propose autant d'options qui correspondent aux besoins du patient, mais qui seront appliquées en concertation avec le thérapeute dans le respect du libre-choix du patient. Les patients sont responsables de leurs progrès et peuvent donc choisir des objectifs ou des outils qui ne mèneront pas obligatoirement à la guérison immédiate ou qui ne correspondront pas nécessairement à ce qu'imaginait le thérapeute. L'entretien motivationnel est régi par quatre principes généraux :

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

thérapeutes, et où l'humour est volontiers manié pour exprimer des conflits, des désaccords, et des points de vue différents.

Au début, les parents sont toujours très inquiets. Venus pour comprendre et participer au traitement de leur enfant, ils sollicitent beaucoup les thérapeutes, les imaginant détenteurs d'un pouvoir susceptible de réussir là où eux ont échoué.

Les mères manifestent leur culpabilité, se demandent « quelles fautes elles ont commises pour en arriver là ». Les pères sont plus projectifs, à la recherche de responsables à l'extérieur de la famille : une déception amoureuse, l'influence des mauvaises fréquentations à l'école, la malveillance d'un pair ou d'un professeur, etc.

Tous retournent tôt ou tard leur agressivité sur l'équipe soignante. Ils expriment des doutes quant à l'efficacité de la prise en charge ; dénoncent les méthodes employées ; les rechutes et les hospitalisations répétées, etc. Mais cette hostilité est tempérée par les autres parents qui ont, depuis, intégré le sens des soins et peuvent par conséquent leur redonner espoir. Ils leur restituent une expérience similaire, la même souffrance, les mêmes inquiétudes et finalement le soulagement qu'ils ont éprouvé.

Il s'agit d'une étape importante puisqu'un processus thérapeutique nouveau s'enclenche, à partir duquel les parents accèdent à la fonction de cothérapeute. En apportant leur témoignage, ils partagent leur expérience de la maladie et tentent d'apporter des réponses que les thérapeutes n'ont pas. Ce « jeu de miroir » est un moment fondateur de la thérapie qui, au fil des séances, oblige ces parents à renoncer à être des parents idéaux. De ce renoncement naît la capacité à vivre l'ambivalence à l'égard de l'enfant aimé et haï à la fois. Haï pour ce qu'il leur « fait voir », pour son intransigeance, pour la souffrance que

cette maladie génère et la déception qu'elle provoque en altérant l'image de l'enfant idéal et idéalisé.

Cette ambivalence amorce le processus d'individuation qui faisait souvent défaut dans leur système familial. L'hostilité, partagée dans le groupe envers les enfants – « Il nous manipule ; il nous tyrannise ; j'ai parfois tellement envie de lui dire "merde" ! » – les amène à exprimer une autre ambivalence ; celle qui se nourrit de la relation à leurs propres parents : « Ma belle-mère est une sorcière, une femme omniprésente qui a plombé ma vie familiale et conjugale », confiait une épouse. « Ma mère avait beaucoup de défauts. C'était une femme égoïste, qui ne pensait qu'à elle. Je lui en veux terriblement d'avoir préféré ma sœur aînée », s'emportait cette autre femme.

Ce nouveau regard sur les liens intergénérationnels désacralise la fonction parentale sans pour autant la disqualifier. Parler de l'ambivalence dessine les contours d'une différenciation entre les générations, qui amorce le processus de séparation et d'autonomisation de leur enfant.

Ainsi le groupe permet-il de mobiliser les liens de dépendance qui unissent les parents aux générations précédentes, d'en souligner la répétition avec leur adolescent et d'intégrer, dans ce contexte, le symptôme comme une tentative de différenciation.

Dans l'évolution de la thérapie, quand la question de l'ambivalence a suffisamment été débattue, émergent alors les difficultés de ces parents à se poser en couple. Une autre question apparaît : celle du désir conjugal. Car ce sont souvent des couples qui s'épanouissent davantage dans le travail et l'éducation de leurs enfants que dans la conjugalité : « Deux bœufs sous un même joug », pour reprendre les propos d'Édouard. Ce sont des parents dont le désir est clos sur leur enfant. L'autre étape importante du processus thérapeutique sera

d'aider ces parents à découvrir que leur lien conjugal s'est fondé sur l'exclusion du désir et de la jouissance ; certains se devant même d'incarner, quand ils deviennent parents, l'impossibilité du désir entre un homme et une femme pour manifester que la relation d'amour la plus importante est la relation exclusive à l'enfant.

Ainsi la thérapie de groupe débouche-t-elle sur un travail plus confidentiel autour de la conjugalité qui se poursuivra par des entretiens conjugaux.

84. Nous sommes les parents d'un jeune actuellement hospitalisé. Pour quelles raisons le psychiatre a-t-il demandé de nous voir en couple ?

Dès que cela est possible, le traitement des comportements addictifs inscrit les parents comme cothérapeutes de l'équipe soignante, car leur aide est précieuse dans le processus de guérison. Le travail de psychothérapie individuelle avec le jeune et les entretiens avec le couple parental préparent aux entretiens familiaux.

Derrière la problématique addictive se cache aussi une dépendance affective entre l'enfant et ses parents, celui-ci peinant à aller investir son propre territoire. Par ailleurs, beaucoup de parents qui ont du mal à faire confiance au potentiel de vie de leurs enfants les considèrent longtemps comme des tout-petits et ont du mal à les « lâcher ».

Comme l'écrit Philippe Julien (2000), « il n'y a pas d'alliance conjugale sans rupture avec la famille d'où l'on vient ; c'est ou bien la famille originaire ou bien l'alliance conjugale. Celui ou celle qui veut les concilier trahit son lien conjugal. Le lien filial maintenu fait échouer le pacte avec son conjoint. Il faut que chaque famille meure pour qu'une autre puisse vivre autrement et ailleurs. »

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Dumbledore (Rowling, 2005). Cette “pensine” ressemble à une fontaine au fond de laquelle on déposerait des souvenirs. En plongeant dans cette fontaine, Harry Potter assiste à des scènes du passé, sans que sa présence soit perçue par les différents protagonistes. Il peut ainsi revivre ces scènes comme s’il y était. Je ressens exactement cette impression lorsque j’évoque des souvenirs anciens au cours des soins. Je me vois en train de revivre des situations de deux points de vue différents : celui de la petite fille que j’ai été, et celui de l’adulte que je suis devenue. Ces souvenirs me reviennent avec une force que je ne croyais pas possible, d’autant que ce sont des événements que j’avais préféré taire ou oublier, car ils ont été la source d’une souffrance trop importante. Il est extrêmement sécurisant d’“assister” à ces événements en tant que témoin, puis de revenir sans difficulté, ni danger dans le présent. C’est aussi très apaisant d’avoir l’écoute bienveillante des soignants, qui protègent de la violence de ce qui est remémoré. Tout comme Harry Potter, on peut revenir dans le présent indemne et renforcé, avec une meilleure compréhension des événements passés qui expliquent les difficultés présentes. »

Revisiter une histoire infantile par le filtre de la sensorialité fait aussi revivre des moments certes douloureux, mais en confiance. C’est comme si, lui tenant la main, nous revenions avec le patient sur la scène de son traumatisme, mais aussi sur la vie qu’il avait avant son traumatisme. Cela permet de débusquer les fantômes, de pleurer les morts, de vaincre les monstres, de surmonter ces accidents qui, du fait de l’effroi ressenti à l’époque, ont jusqu’alors été refoulés. Alban, depuis qu’il avait vu sa mère se défenestrer sous ses yeux, refusait toute évocation de celle-ci. Il avait substitué par un mécanisme psychique complexe le manque maternel par le trouble alimentaire (Dodin *et al.*, 2012). Avec les soins multi-sensoriels, il a pu affronter la

douleur de son absence en nous disant combien il avait envie de lui raconter sa première journée de rentrée à l'université, de lui parler de la copine dont il était secrètement amoureux, ou de ses doutes quant au choix de ses études.

Au-delà du travail de psychothérapie, les soins à médiation multi-sensorielle modifient l'éprouvé corporel en imprimant un ressenti sensoriel plus vivant et en même temps rassurant, qui contribue à rejouer les différentes étapes constitutives de la construction d'une sécurité interne : le *holding*, la reconstruction de l'espace transitionnel défaillant, l'apprentissage de la capacité à être seul en présence de l'autre, autorisant un processus de séparation/individuation plus abouti. Les soins à médiation sensorielle aident le patient à retrouver confiance dans sa capacité à gérer les souffrances du petit enfant qu'il a été, avec les armes de l'adulte qu'il est devenu.

Les thérapies cognitives et comportementales

92. Qu'appelle-t-on « thérapies cognitives et comportementales » ?

Les sujets addicts restent prisonniers de comportements compulsifs et de pensées automatiques irrationnelles, qui freinent le changement de leurs habitudes de consommation et de leur mode de vie. Ces erreurs de raisonnement sont dominées par un mode de pensée rigide, marqué par des règles inflexibles, procédant soit d'obligations excessives, soit d'une pensée manichéenne fonctionnant sur le mode du tout ou rien.

Les thérapies comportementales proposent des programmes planifiés selon une progression quant aux objectifs à atteindre. Elles renforcent aussi l'assurance de ces patients par

l'apprentissage de techniques de communication et le développement de compétences sociales et de méthodes de relaxation. Les thérapies comportementales ambitionnent l'apprentissage de nouveaux comportements, la gestion du stress et l'affirmation de soi.

Les thérapies cognitives ont pour objectif de modifier les schémas et les processus de pensées automatiques irrationnelles, tant en ce qui concerne l'addiction, l'image du corps, qu'en ce qui a trait aux aspects psychologiques tels que l'estime de soi, le perfectionnisme, l'obligation d'excellence... Ces thérapies utilisent des protocoles très structurés, qui se fondent sur des faits concrets et objectivables, qui aident ces jeunes à formuler de nouvelles pensées plus nuancées ou à l'opposé de leurs pensées irrationnelles.

93. Une thérapie comportementale, comment ça marche ?

Les thérapies comportementales sont issues des travaux de Pavlov, datant de la fin du XIX^e siècle et ceux de Skinner, datant du début du XX^e siècle.

- Le conditionnement pavlovien est dit répondant. L'expérience inaugurale concernait la nourriture qui, en tant que stimulus inconditionnel, provoque la salivation du chien quand elle lui est présentée. Un stimulus neutre, à savoir le timbre d'une cloche, actionné juste avant la présentation de la nourriture, deviendra au bout de plusieurs expériences un stimulus conditionnel ayant acquis la propriété de provoquer seule la salivation de l'animal.

- Le conditionnement skinnérien est dit opérant. La boîte de Skinner est dotée d'un dispositif qui permet à chaque manipulation de fournir une récompense sous la forme d'une boulette de nourriture. Le rat de laboratoire introduit dans la

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

indissociable de cet écosystème comme du règne animal. La terre est depuis des millénaires le siège d'une intense activité biologique où s'élabore la vie. De la particule la plus élémentaire à l'espèce la plus évoluée, elle a constitué une chaîne où chaque maillon – minéral, végétal, animal – trouve son propre épanouissement, qui permet de perpétuer la vie. Et c'est la cohésion de cet écosystème qui assure la pérennité du vivant.

Depuis la révolution industrielle du XIX^e siècle, l'homme a occupé la terre, l'a exploitée comme si, malgré une démographie galopante, ses ressources étaient inépuisables. Cette exploitation forcenée a été largement amplifiée par l'économie ultralibérale et dérégulée ces dernières décennies. Le réchauffement climatique, les difficultés à nourrir la population mondiale, la pénurie d'eau et les grands mouvements migratoires que cela va provoquer, l'épuisement des énergies fossiles, ont brusquement mis au cœur du projet de l'humanité le devenir de la planète. Sans doute est-ce là le défi majeur qui anime et animera les grandes idéologies du XXI^e siècle. L'un des enjeux essentiels des années à venir sera en effet d'inventer de nouvelles façons de vivre, de se nourrir, de construire son habitat, de produire, sans épuiser les ressources de la terre, ni exploiter son prochain. Pour préserver notre futur et celui des générations à venir, notre plus grand défi sera de répondre à nos besoins par ce que Pierre Rabhi (2010) appelle la « sobriété heureuse ». C'est un nouvel art de vivre « simplement » auquel il nous invite pour jouir pleinement de la vie et de la nature.

La notion de reliance est largement développée dans ce nouveau mouvement qui cherche à inventer l'avenir pour donner un futur aux générations à venir. La quête de sens, en particulier pour les jeunes addicts, doit nécessairement passer par cette prise de conscience qui pourra peut-être les engager dans ce projet collectif. Se relier aux autres, à son environnement

proche, à la terre, à la nature, à la planète, c'est prendre conscience que tout est relié : le corps aux émotions, la vie locale au monde, l'humain au vivant et le vivant au cosmos. Donner sens à sa vie, c'est aussi s'indigner des injustices du monde ; lutter pour un monde plus égalitaire ; vivre la fraternité. C'est composer avec la diversité des opinions, en faire une force, expérimenter que l'on peut réussir à plusieurs ce qui nous paraissait impossible à faire seul, prendre conscience que nous sommes tous dans le même bateau au cœur de la tempête et que nous nous en sortirons tous ensemble ou que nous coulerons tous ensemble. Chaque être humain constitue une pierre à l'édifice pour peu que le sens de la vie soit mêlé par l'intérêt commun et c'est cela qui redonne l'espoir, la confiance en soi et en l'avenir. Des milliers de personnes se mettent en mouvement pour changer le cours du monde. Le mouvement des indignés qui a « contaminé » les grandes capitales occidentales témoigne de cette conscience. Nombreux sont ceux qui cherchent à mettre en synergie ce que l'homme fait de meilleur avec son intelligence et qui mettent leur génie créatif au service de la vie dans toutes ses formes.

100. Concrètement, comment redonner du sens à son existence ?

Sabine fut une étudiante brillante. À cause d'une polyaddiction à l'alcool et au cannabis, elle dut interrompre ses études à Sciences Po alors qu'elle terminait son Master 1. Après trois années passées en résidence universitaire à Paris, elle fut contrainte de retourner vivre chez sa mère avec qui elle renoua un lien de dépendance. Il lui devint alors impossible de passer une journée entière sans la présence rassurante de cette dernière. Après avoir quitté la fac, elle se coupa de ses amis, de son amoureux et sa vie se réduisit bientôt au périmètre de sa mère.

Voilà plus de deux ans que Sabine a engagé un travail de psychothérapie avec une psychologue qu'elle voit une fois par semaine au centre de psychothérapie rattaché à notre service. Elle a substitué ses consommations d'alcool et de cannabis par des crises de boulimie pluri-quotidiennes avec des vomissements qui altèrent gravement son état de santé. Comme le veut le contrat de soins, je la vois en tant que psychiatre tous les deux mois, en complément de sa psychothérapie. Cela fait longtemps que Sabine répète ne plus supporter sa situation. Elle aimerait tellement faire de l'humanitaire ! Comme une phrase rituelle qui clôt nos entretiens, elle me répète avant de quitter mon bureau : « De toute façon, je vous dis cela quand je suis assise en face de vous, mais je sais pertinemment qu'une fois la porte de votre bureau franchie, je ne ferai rien pour faire aboutir mon projet. »

Fort de cet aveu, je lui impose une nouvelle condition à son contrat de soins : celle de me fournir les preuves de son engagement dans l'élaboration de son projet humanitaire. Sabine se plie à cette exigence. À chaque consultation elle m'explique avec bonheur ses démarches pour bientôt se prendre au jeu et intégrer une ONG qui envoie de jeunes enseignants dans une école pour enfants malvoyants à Calcutta. Les addictions s'estompent à mesure que le projet de Sabine se construit et que les liens avec l'association se développent. Si les jours qui précèdent son départ à Calcutta sont marqués par une recrudescence des consommations, un an plus tard, au retour de sa mission humanitaire, les addictions ont disparu. Je découvre alors une jeune femme engagée, passionnée et amoureuse qui me fait cette proposition : « Avec mon copain, nous avons créé l'association des Prêteurs de voix. Vous savez, pour votre futur hôpital de jour, mon association peut proposer à vos patients de les enregistrer pour lire des livres à destination des enfants

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Les interactions précoces

52. Ce qui se joue autour de la naissance peut-il faire le lit des addictions ?

53. Qu'est-ce qui permet au nourrisson de se sentir sécurisé ?

54. Quelle est la fonction du doudou chez l'enfant ?

55. Comment expliquer que beaucoup de jeunes addicts réagissent à la frustration ou à l'échec en se scarifiant le corps, en s'enivrant ou en retournant leur violence contre eux ?

L'adolescence

56. Pour quelles raisons l'adolescence est-elle une période de fragilité propice à la survenue des addictions ?

57. Pourquoi est-ce si difficile d'être parents d'adolescents ?

Le couple et l'enfant

58. Aujourd'hui, la fragilité du pacte conjugal favorise-t-elle l'addiction des enfants ?

59. Avoir un lien trop fusionnel à son enfant comporte-t-il des risques ?

60. Avoir un seul ou deux parents, qu'est-ce que ça change ?

61. Hétéro, homo, monoparentalité et familles recomposées : comment s'y retrouver dans la répartition des rôles ?

62. Il arrive que des parents éprouvent plus de difficultés à faire confiance au potentiel de vie d'un enfant qu'à celui de ses frères et sœurs.

Est-ce un facteur de risque addictif ?

Les transmissions entre les générations

63. De quoi se protègent les parents qui nouent des liens de dépendance avec leurs enfants ?

64. Les souffrances peuvent-elles se transmettre d'une génération à l'autre sans qu'elles n'aient jamais été exprimées ?

- 65. Les secrets de famille sont-ils toujours néfastes pour les générations suivantes ?
- 66. Les psys croient-ils aux fantômes ?
- 67. Les secrets de famille sont-ils toujours honteux ?
- 68. Où se loge la mémoire de nos secrets de famille ?

TRAITER LES ADDICTIONS

Infos pratiques

- 69. Quelles sont les structures de soins existant à proximité des jeunes pour les soigner ?
- 70. Quels sont les principes généraux du traitement des addictions ?
- 71. Quel sera le parcours d'un patient addict depuis l'initiation du soin jusqu'à la guérison ?

La motivation à se soigner

- 72. Comment évaluer le niveau d'engagement d'un individu addict dans un processus de soins ?
- 73. Pourquoi les jeunes addicts opposent-ils autant de résistance à reconnaître leur dépendance et à se soigner ?
- 74. La famille peut-elle être un frein au traitement du jeune addict ?
- 75. Peut-on obliger un jeune à se sevrer ?
- 76. Comment motiver un jeune addict à se soigner ?

Initier le traitement

- 77. Sur quels bilans évalue-t-on la gravité d'une addiction ?
- 78. Quand et comment initier le sevrage ?
- 79. Mon fils a rechuté ! Est-ce grave, Docteur ?

L'hospitalisation

- 80. Le médecin a proposé à ma fille une hospitalisation dans un service d'addictologie. Que faut-il en penser ?

La psychanalyse

81. La psychanalyse serait-elle moins efficace que les autres thérapies, voire inefficace comme certains le prétendent ?
82. Qu'est-ce qu'une psychothérapie d'inspiration analytique ?

L'implication des parents

83. Notre fille de 16 ans est hospitalisée pour un trouble des conduites alimentaires, aggravé d'une addiction au cannabis, et son psychiatre nous a proposé d'intégrer un groupe de parole pour les parents. En quoi cette démarche va-t-elle aider notre enfant à se soigner ?
84. Nous sommes les parents d'un jeune actuellement hospitalisé. Pour quelles raisons le psychiatre a-t-il demandé de nous voir en couple ?

Les thérapies familiales

85. Qu'est-ce qu'une thérapie familiale ?
86. Comment se déroule une thérapie dite « systémique » ?
87. Comment se déroule une thérapie familiale d'inspiration analytique ?

Les soins à médiation corporelle

88. Les thérapies à médiation corporelle sont-elles efficaces pour traiter les addictions ?
89. Le médecin qui soigne mon fils lui a proposé des séances de psychomotricité. Qu'est-ce que c'est ?
90. Qu'est-ce que les soins à médiation multi-sensorielle ?
91. Réactiver les mémoires sensorielles facilite-t-il le travail de psychothérapie ?

Les thérapies cognitives et comportementales

92. Qu'appelle-t-on « thérapies cognitives et comportementales » ?
93. Une thérapie comportementale, comment ça marche ?
94. Une thérapie cognitive, comment ça marche ?

95. Qu'est-ce que la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ?

DONNER SENS À SA VIE

La quête de sens

96. Pourquoi une fois sevré, le jeune nous paraît-il si fragile face à la vie ?

97. Comment donner sens à sa vie aujourd'hui ?

98. Qu'est-ce qui nous fait perdre le sens de l'existence au sein de nos sociétés modernes ?

La reliance

99. Donner du sens à sa vie nécessite-t-il d'être relié aux autres ?

100. Concrètement, comment redonner du sens à son existence ?

CONCLUSION