

## **LES FORMES ACTUELLES DE LA TOXICOMANIES**

Les opiacés sont dominants depuis environ 30 ans, avec principalement l'héroïne qui est consommée par 2/3 des personnes qui arrivent dans les structures de soins.

L'héroïne est consommée par Sniff ou intraveineuse. L'évolution est intéressante : 90% se piquent dans les années 80 ; aujourd'hui, 50% = question des causes.

Stéribox : seringues, cuillère, préservatif, tampon alcoolisé, filtre, message de prévention (depuis 1994 = 1,20€. Destiné à enrayer les risques sanitaires liés à l'injection de l'héroïne (risques de septicémie mortelle, abcès, VIH, VHB...). Depuis 1992, le nombre de toxicomanes infectés par le VIH diminue (différent des années 80 où c'était un véritable phénomène) = capacité à intégrer et appliquer les messages de prévention. Avant les stéribox, autorisation en 87 de la mise en vente libre de seringues (part d'un constat réaliste et ne vise pas à augmenter la toxicomanie).

Toxicomanie comparée à une « crise de jeunesse » : vers 40 ans, moins d'injections. Remobilisation de la position dépressive, crise du milieu de vie à laquelle n'échappent pas les toxicomanes. Parfois diminue, mais pas d'extinction de la toxicomanie. Souvent par contre, déplacement de l'addiction : cf. Néocodion (sirop ou cachets contre la toux). Mais le néocodion crée des problèmes chez les personnes qui ont une hépatite + constipation.

Dans les années 85-90 : plusieurs milliers de morts du Sida chaque années. Comment lutter d'un point de vue strictement médical ? On pratique des cures de sevrage à l'héroïne dans les services hospitaliers pendant une semaine. Les personnes sont isolées, pas de communication avec l'extérieur, avec des prescriptions pour éviter la douleur du manque (crampes, fièvre, nervosité) qui dure environ 3-4 jours. On ne meure pas d'un arrêt brutal d'héroïne. Deux types de prescriptions : Benzodiazépines et Catapressan (qui abaisse la pression artérielle). Concerne 1% de la prise en charge ; 99% : sevrage psychologique. Les rechutes sont presque systématiques.

Benzodiazépines = Robyprnol et valium. Une consommation à forte dose est dangereuse d'un point de vue toxicomanogène : potentiel intoxicant du point de vue de la dépendance physique (cf patiente : 9 semaines

de sevrage pour intoxication au valium). Ainsi la distinction licite / illicite est plus que relative. Certaines patients passent de l'héroïne aux comprimés (licite, moins d'argent et moins de risques sanitaires).

Dans les années 90, un traitement destiné spécifiquement aux malades de l'héroïne (Subutex et Méthadone) a bouleversé les méthodes de soins.

La méthadone existe aux E-U depuis presque 40 ans. Au départ, souci de limiter les risques sanitaires : seringues en vente libre et question autour d'un moyen de substitution = médicaments à base d'opiacés pour éviter la consommation sous la forme sauvage (cf. programme de méthadone comme aux E-U : opiacé de synthèse. Aux E-U, dans le cadre d'une stratégie de maintenance. But = moins d'actes délictueux par les consommateurs d'héroïne = logique de contrôle sociale). En France, on considère que c'est inacceptable d'un point de vue éthique, c'est remplacer une dépendance par une autre. De plus aux E-U : lieux de distribution de méthadone sans aucun accompagnement, avec des risques de décès.

On considère la méthadone en France lors de questions autour de l'évolution de la prise en charge : l'isolement de l'environnement ne suffit pas. Autorisation de mise sur le marché votée en 1994. Mais pas n'importe comment, c'est à dire pas comme une fin en soi, mais comme un moyen qui s'ajoute aux autres. La méthadone ne peut être prescrite que par des médecins travaillant dans des centres spécialisés dans la toxicomanie. Méthadone : solution bleuâtre, sirupeuse. Nécessité d'un programme, et donc d'une structure où ça puisse avoir lieu. Nécessite que les gens viennent le prendre tous les jours (parfois jusqu'à 7 jours). L'arrêt brutal est plus dangereux que pour l'héroïne. Certains avantages, mais aussi des inconvénients, comme la saturation des centres spécialisés.

1995 = Autorisation de mise sur le marché du subutex. Certains médecins prescrivaient un analgésique puissant : le Temgetic (durée d'action très courte, environ 1h, qui entraînait surconsommation). La même molécule (Buprénorphine) a été conditionnée de façon à agir pendant 24 heures. Le subutex est prévu pour être prescrit par n'importe quel médecin, pour permettre le désengorgement des centres spécialisés.

Alors qu'il y a un risque de surdosage avec la méthadone si elle s'additionne avec une prise d'héroïne, le subutex a une action agoniste/antagoniste avec l'héroïne = c'est un véritable substitut. Si de l'héroïne est prise en plus, l'effet n'est pas additionné, est voire même gommé.

La méthadone permet de voir les gens régulièrement : intéressant pour les psy. On peut leur faire des propositions de soins psychologiques, les sensibiliser (à l'existence de sensibilité, vie intérieure...). La toxicomanie jette un rempart contre l'intervention du psychologue : empêche justement de penser. La cause se tisse au fil de la relation. L'inconvénient du subutex : les toxicomanes voient plusieurs médecins à la suite (CMU). Le partenariat est important avec les pharmaciens. La méthadone doit être bu devant quelqu'un ; mais les gens repartent avec le subutex, qui même s'il est très dur est parfois injecté. Cela crée des risques sanitaires : abcès dues à la poudre non fine. Certains patients ne supportent pas le subutex.

On retrouve parfois une addiction à la seringue qui survie à l'addiction à l'héroïne : besoin de se trouer la peau, mouvement d'aller-retour produit - sang qui est presque coïtal. L'héroïne est envoyée par des vagues successives = sang dans la seringue. Parfois même ils s'injectent juste de l'eau : besoin de sensation cutanée.

Permet de voir des gens qui sans ça ne viendraient pas dans les centres.

Héroïne 1-2g / jour une injection = 0,25g

(risque de surdose qui est lié au fait que la concentration est différente à chaque fois)

Subutex : pas de risque de surdose

Toxicomanie = faux remède à des problèmes qui nécessitent d'être travaillés pendant des années. La prise en charge est longue est lourde. La substitution permet d'accompagner cette prise en charge (évite les problèmes économique et judiciaires. L'organisation de la personnalité s'est faite autour du produit ; les sensations corporelles sont décidées par le produit = nourriture, sommeil, désir... Il existe aussi une question de psychopathologie : effet neuroleptique de tous les opiacés. On observe parfois des décompensations psychotiques chez l'héroïnomane qui arrête.

Réactions parmi les psychologues : on substitue, est ce que c'est rendre service ? Avant, souffrance qui représentait une accroche. Ne renonce à rien et ne va rien changer à ses habitudes toxicomaniaques. Il s'agit d'expliquer aussi au patient à quoi on sert. Chacun à une part limitée d'intervention. Certains psy pensent que avec la substitution on nous enlève quelque chose. Parfois on peut avoir l'impression de tenir la chandelle face à une relation d'idylle sujet - produit ; patient qui ne veut pas entendre les interprétations (pire avec la méthadone si l'institution fournit elle-même le produit). Contre-transfert = nous on est dans le principe de réalité alors que ces gens sont encore dans le paradis terrestre. Mais amputation, difficulté à sentir. Béquille, vise à les protéger du vide, d'un certain effondrement narcissique. Risque à chaque shoot entre la vie et la mort. Ordalie : ça va décider pour moi entre la vie et la mort. Jeu avec la mort : pratique ordalique (VALLEUR). La pratique toxicomaniaque ne fait plus lien social ; il s'agit d'amenuiser une douleur insupportable. Une personne sous substitution, est ce que ça va modifier la manière dont on va l'écouter ? Non, cela ne nuit pas à la possibilité d'un travail psychothérapique. Ils renoncent quand même au flash par rapport à l'héroïne : deuil d'une satisfaction intense. La personne crée elle-même une ouverture en acceptant la substitution + acceptation d'un cadre avec bonne observance du traitement. Ils retrouvent un accès à eux-même, la confiance de l'entourage, moins de galères : reconnaissance qui ouvre des perspectives. L'héroïne bloque l'activité onirique : refoulement total de la fonction imaginaire. Avec la substitution, les gens se mettent à rêver de nouveau : semble permettre de restituer un accès à soi-même, le refoulement n'est pas total. Permet une certaine fantasmatisation de la relation thérapeutique. = Bonnes surprises par rapport à la substitution, mais

la problématique reste quelque chose de lourd. On a un souci que les gens repartent avec quelque chose, pas no réponse ou réponse trop frustrante. Faire preuve de séduction pour signifier aux gens que ça peut être constructif pour eux.

Les personnes viennent également dans le centre pour des drogues psycho-stimulantes.

Cocaïne : aux E-U, produit le plus consommé. Prise par voie nasale avec des risques liés à la détérioration de la voie nasale. Moins de dépendance physique qu'avec l'héroïne. Risques d'overdose. Prise de risques excessive, au volant par exemple. Parfois, est une porte d'entrée dans l'héroïnomanie : question de la descente où l'effet est anticipé par un autre produit qui fait planer. Il y a alors souvent utilisation de sédatif : cannabis ou héroïne. Amène ainsi certaines personnes à glisser vers l'héroïne : évite passage dépressif, mais dépendance physique.

Ecstasy : Risque pour les personnes qui ont des fragilités cardiaques (tachycardie). Effet endactogène : augmentation de la sensibilité au corps de l'autre, mais sans désir sexuel. Utilisation souvent festive.

Crack : Forme d'un petit caillou. Sentiment d'invincibilité très rapide, mais descente tout aussi rapide (15 minutes) = consommation à renouveler (surtout en île de France et 18<sup>ème</sup> arrondissement). Fragilise les muqueuses. Effet parano + effet desinhibiteur (risques médico-légaux). Sensation de froid et de dépression intense pendant la descente.

Cannabis (pas beaucoup dans les centres). 97% des usages ne sont pas toxicomanes, il faut pour ça qu'il y ait dépendance psychologique (addiction : « c'est plus fort que moi »).

## **DISPOSITIF FRANCAIS D'AIDE AUX TOXICOMANES :**

Il n'y a pas de dispositif central qui regroupe toutes les addictions, pas de centres communs. Aujourd'hui, ils sont différenciés selon le type d'addiction. Question des poly-addictions, mais qui ne sont vraiment pas de majorité. Se posent en plus les questions des compatibilités, autant pour les soignants (difficultés à recevoir trop de patients trop différents) que pour les soignés (préjugés mutuels : pas forcément bon ménage)

AMBULATOIRE

CSST

Boutiques

Points- écoute

Antennes toxicomanie

AVEC HÉBERGEMENT

Centres de post-cures

Communautés thérapeutiques

Appartement thérapeutique

En France, la mise au place du soin au toxicomanes s'est faite avec des structures d'hébergement : forme de soin idéal, au grand air, en rupture avec l'environnement. Au sein du mouvement post 68, du mouvement anti-psychiatrie = mise en place de soins de post-cure après cure de sevrage en milieu hospitalier pour décrassage du corps. Il en existe toujours environ 40, certains ont disparus. Il y a eu une évolution des personnes toxicomanes et de leurs besoins que ces centres ne prenaient pas en compte = proximité avec des structures hospitalière, possibilité de travail ou de formation professionnelle. Sensibilisation importante à cet aspect ; ce sont des services que les pouvoirs publics attendent des centres avec hébergement. Max 15 personnes, beaucoup d'éducateurs. Avec auparavant une exigence d'abstinence ; avec la substitution, débat lié à cette abstinence = possibilité de traitement de substitution. Le besoin de s'intoxiquer est très fort, même si contenance de l'hébergement ; pas débarrassé de l'envie de prendre un produit.

Qu'est ce que font les psychologues ? Entretiens d'entrée, psychothérapies, bilan, possibilité d'animer des groupes de parole (pas de thérapie de groupe en France). Possibilité de s'appuyer sur le lien social autour d'un même produit : possibilité de groupes de co-étayage (narcotiques anonymes aux E-U). En appartement thérapeutique, évaluation de l'état et proposition d'un accompagnement thérapeutique. Lot commun dans les structures avec hébergement = évaluation / bilan / psychothérapie.

CSST = Centre de soin spécialisé en toxicomanie (presque toujours ambulatoire). Médecins, infirmiers, psy, éducateurs. Les personnes sont orientée par la famille, médecin, justice, ou viennent seules.

Par justice :

- injonction thérapeutique (IT) : la personne est interpellée avec un produit, elle est consommatrice. Un traitement lui est proposé comme alternative à la condamnation. Le temps ou le nombre de consultations est prévu. Une attestation est montrée à un médecin de la DDASS chargé du suivi. L'avantage pour le clinicien est que ça permet de voir des gens qui ne seraient pas venu d'eux-même. Permet d'appâter, on explique à quoi consiste l'aide aux toxicomanes. Au début, souvent desubjectivisation, les personnes ne se sentent pas concernées. Parfois les gens reviennent la mesure dépassée = peut être un accès au soin.

- Obligation de soins (OS) : La personne est condamnée, pour des choses parfois indirectes, ou pas simple usage ; pour des peines effectives ou avec sursis. Travail qui peut se faire aussi en milieu carcéral. C'est géré par le SPIP (Service pénitentiaire de probation et d'insertion). Décidé par le juge d'application des peines, le SPIP est chargé du suivi du dossier, envoient dans différents centres. Souvent pour des peines avec sursis : si obligation pas suivi, alors condamnation.
- Orientation avec classement (OC) Très récent ? Depuis 99, on cherche à privilégier quelque chose en deça d'une injonction thérapeutique. Les gens sont orientés dans une confiance de principe. 3/4 des personnes orientées viennent : intéressant dans la clinique.

Plusieurs cadres pour rencontrer les toxicomanes en milieu carcéral. Il existe 14 établissements avec des antennes toxicomanies (postes à temps plein en milieu carcéral) ; ou UCSA (Unité de consultation en soin ambulatoire) = médecine faite en milieu carcéral, depuis 94. Dans chaque établissement carcéral, du personnel est détaché d'un hôpital général pour voir les personnes incarcérées (pas seulement toxicomanes).

Boutiques : structures de réduction de risques. Le but est de permettre aux toxicomanes de poursuivre leur consommation dans des conditions sanitaires satisfaisantes (surtout pour l'héroïne par injection) = kits qui sont des outils de prévention VIH et hépatite (mode de l'échange avec matériel usagé). La prise en charge est surtout de type éducatif, pas de psychologue. Pas lieu d'élaboration psychique, mais lieu de première nécessité.

Points écoutes : structures de prévention des toxicomanies.

Ils sont issues d'une consultation nationale auprès des jeunes (cf. questionnaire auprès des jeunes ; 14M de questionnaires : demande exprimée = désir de disposer de lieux d'écoutes où ils peuvent exprimer leurs modifications. Désir que ce soit distinct des structures de santé mentale, pas pathologisant et également distinct de l'école. Deux circulaires de 1996 et 1997 mettent en place des points écoutes. Ils sont de plusieurs types : pour adolescents, pour les parents, pour parents et adolescents. Les patients sont reçus initialement sur une consommation de produits, pas forcément un usage toxicomaniaque. Parfois, réorientation (schizophrénie débutante, personnes avec des tendances de troubles de l'alimentation) ; permet de préparer quelque chose. Prévention des toxicomanies, des autres conduites à risque ; prévention de tous les produits licites ou illicites par rapport à un comportement de mal-être à l'adolescence.

Drogues – Alcool – Tabac info service = 113

## **STRUCTURES DE SOINS ET TRAVAIL EN RESEAU :**

Partenariat riche, diversifié, touffu. Il est vital, aussi bien pour nous au niveau économique ( si on attend la demande, on perd 90 % des patients) que pour les usagers. Il s'effectue autour de personnes qui sont orientées vers nos centres = partenaires émetteurs. Ces partenaires peuvent être aussi récepteurs.

Quelque soit l'ordre de départ, la personne va passer par un certain nombre d'interlocuteurs ; ça nécessite une bonne connaissance du tissu local pour répondre aux besoins des usagers. Si on parvient à répondre à un besoin de la réalité (foyer...), la personne nous en saura gré (parfois nécessaire de créer de la dette).

Principaux partenaires :

### - L'hôpital :

+ Services d'urgence (si overdose). Ces structures sont souvent sollicités par des personnes en manque qui viennent demander quelque chose (parfois sont orientés dans des centres spécialisés)

+ Services autres, services de médecine générale. Possible des effectuer des cures de sevrage (une semaine pour héroïne en service fermé ; 2 à 4 semaines pour des sevrages plus compliqué comme intoxication aux médicaments)

### **Psy dans cures de sevrage :**

→ rencontre de l'équipe soignante : être à disposition de l'équipe, souvent non spécialisée, pour répondre à des questions, souvent sur des aspects comportementaux

→ entretiens dans les chambres, à coté du lit (pas devant). Occasion de découvrir une personne et de préparer l'après-cure (sevrage physique : 1% du boulot)

→ nouveau temps avec l'équipe où l'on note quelques mots dans le dossier pour tenir compte de notre passage et de la rotation des équipes

(les services d'addictologie peuvent garder les gens un peu plus longtemps, souvent en ambulatoire).

+ A l'hôpital, parfois autre cadre que la cure de sevrage. Patients qui font état de leur toxicomanie au médecin qui nous appelle pour agir sur un plan psychique et éducatif = occasion d'inaugurer une prise en charge, même

si pas venu pour ça. Cf. équipe ECIMUD ou ELSA (Equipe de Liaison et de soin en addictologie) : pas de service précis, mais équipe qui se balade de service en service.

- Le psy travaille aussi avec les services sociaux des milieux hospitaliers.

- CMP, CMPP, hôpitaux psychiatriques :

Avec plusieurs modalités : patients que l'on reçoit. (pendant longtemps la psychiatrie n'a pas voulu entendre parler des toxicomanes. C'est une erreur, 1/3 ont des symptômes de type psychotiques). Donc partenariat que l'on doit faire jouer.

Alors que les neuroleptiques diminuent l'imagination, les joints sont utilisés pour donner un « peu d'âme ». Mais c'est une pratique qui est risquée. Alors que les neuroleptiques diminuent le taux de dopamine, le cannabis l'augmente. Question de la sur-stimulation constante de dopamine avec le cannabis → explosions psychotiques d'ici une dizaine d'années ?

- L'éducation nationale :

Surtout dans le secondaire avec un gros morceau concentré sur un aspect = la prévention. L'idée est que l'on peut prévenir la toxicomanie en menant une action avec que ces jeunes commencent et à l'âge où ils peuvent comprendre. Il n'y a pas de dépendance retrouvée avant le lycée (héroïne : 19 ans 1/2 en moy).

Aide aux toxicomanes depuis 30 ans : la loi du 31 /12 / 70 garantit les soins anonymes et gratuits à tous toxico ; et dispositif répressif.

Avant les interventions de prévention dans les écoles étaient faites par la police. En soit rien de délirant, mais il est également important de coupler cette intervention avec celle de professionnels qui traitent de la question de la relation à ces produits. Il a fallu le développement d'une structure spécialisée pour que dans les années 80 les professionnels mettent le pied dans l'éducation nationale. Il a fallu vaincre la réticence des chefs d'établissements (souvent pour une question de prestige). L'intérêt est de toucher des élèves et traiter leur question, mais plusieurs inconvénients : ponctuel (on ne voit les élèves qu'une seule fois) et autre inconvénient du au cadre scolaire avec pas de subjectivisation, mais une écoute purement intellectuelle et scolaire avec des élèves souvent pas concernés.

Depuis 10 ans on ne travaille plus comme ça : développement d'une politique d'**adultes relais**. Au lieu de rencontrer les élèves, proposition sous la forme de stages de sensibilisation du personnel de l'éducation nationale. Deux choix sont fait : de n'exclure à priori personne, et de faire appel au volontariat. Il s'agit d'une semaine pendant laquelle les gens peuvent venir, font leur menu, dans la pluridisciplinarité, pour les orienter sur leur lieu d'exercice : comment repérer quelqu'un, comment lui parler ? Incite les personnes à travailler entre elles. Elargissement des stages aux associations de quartiers

CESC nouveau = comité d'éducation pour santé et citoyenneté. Sous la houlette d'un chef d'établissement, il s'agit de programmer des actions à caractère sanitaire. C'est très bien quand on est invité, c'est-à-dire associés à un projet sanitaire de l'établissement. On cherche à travailler en réseau autour d'élèves en difficultés. L'optique est purement préventive et destinée aux professionnels.

Nécessité d'un soutien aux partenaires. Notion de secret partagé qui intéresse l'ensemble du partenariat et la philosophie de travail ; limites au partenariat avec les personnes qui opposent le secret professionnel. Le psychologue doit sensibiliser à la nécessité de partager un certain nombre de choses. Le patient a besoin de savoir que les professionnels travaillent dans des rapports de sens

Deux écueils sont possibles :

+ **L'effet prospectus** : Par ex, une assistante sociale reçoit une personne qui a des problèmes de toxicomanie ; « pas mon rayon », mais passe relai en donnant l'adresse. Mais c'est fait trop tôt , de manière défensive. Une partie du travail avec les partenaires consiste en du temps de rencontre où l'on fait le point sur l'évolution des pratiques, on rencontre les nouvelles personnes...L'adresse ne fait pas sens pour l'utilisateur, s'il n'y a pas un minimum de visualisation et de partage : quelqu'un va reconnaître la souffrance et la modalité selon laquelle elle s'exprime. Il s'agit de sentir le bon moment pour orienter quelqu'un . Travailler en partenariat, c'est aussi apprendre que tout seul on ne peut pas tout faire : parcellisation des compétences qui ne doit pas être clivage, c'est au psychologue de veiller à l'articulation. L'effet prospectus : limite du clivage.

+ **Bouillie** : autre extrême, indifférenciation, chevauchement des rôles, on ne sait plus qui fait quoi.

Dans le travail en réseau, chacun doit pouvoir savoir :

Qui suis-je et que sont les autres ?

Avons nous des représentations communes ?

Y-a-t'il tous les maillons de la chaîne ?

- Assistants sociaux :

Les toxicomanes sont des grands consommateurs d'assistante sociale. CCAS : centres communaux d'action sociale, en complément du travail effectué dans les CISS.

- Le milieu carcéral :

+ Antennes

+ UCSA

+ SMPR (service médical pénitencier et régional)

## PREVENTION DES TOXICOMANIES

Primaires : pour les non consommateurs

Secondaires : consommateurs sans dépendance psychique

Tertiaire : prévention des risques pour les toxicomanes

## ACTION THERAPEUTIQUE

Dans l'action psychothérapeutique, on distingue :

le soutien psychologique ;

la psychothérapie ,

la guidance

### La guidance :

Certains nombres d'usagers ne sont pas « passibles » de psychothérapie. C'est le cas des **jeunes** qui consomment et vont dans des points écoutes. Que faire avec ces jeunes ?

- Evaluer le rapport au produit, le degré d'attachement psychologique
- Explorer avec la personne sa connaissance des dangers et effets du produit
- Explorer ce qu'il en est du pourquoi. (avec un fumeur possibilité d'effectuer des liens, rare avec les toxicomanes en dehors du premier degré : « il n'y a pas de pourquoi ». C'est quelque chose qui doit être construit puis déconstruit)

La guidance est alors une mesure de prévention centrée sur le patient, s' 'emboîte à son expérience du produit. Elle peut être une voie d'accès à leurs motivations (ex : « vous savez que c'est dangereux, mais vous fumez quand même ? »). Prévention qui permet de basculer vers l'intra-psychique, surtout chez l'adolescent où il est difficile de travailler sur l'intra-psychique en dehors de ce qu'ils vivent au quotidien. (cf. revue Pratique Psychologique 2002 : Ado qui prennent des risques excessifs). Dans ce travail de guidance avec l'adolescent, certains ne reviennent pas, certains reviennent avec une envie d'avancer, s'interrogent sur leur consommation. Peut être un usage utilitaire due au stress. Permet de métaboliser l'impact de quelque chose qui intervient dans la réalité. La guidance permet justement aux personnes de verbaliser = définition d'être des passeurs pour l'adolescent.

De manière générale, question de quoi a besoin l'adolescent ; qu'est ce qu'il attend des adultes. L'adulte se décentre pour être capable de travailler avec quelque chose de sa propre adolescence. Capacité chez le parent à s'identifier à lui, à se laisser revisiter ; on observe des dysfonctionnement quand l'accès est blindé par les parents à leur propre adolescence.

CF. Patrice HUERRE : *l'adolescence en héritage* ; calman levy, 1996

M. DUCO : *Papa, maman, l'école et moi* ; fleurs, 1999.

(le parent qui assume son passé assure le futur de son enfant)

Gros travail en guidance à faire aussi en direction des **parents**. Ici les entretiens sont menés de manière plus directe :

- Circonstances de leur consommation
- Est-ce-que ado a confirmé / dénié
- Comment ils ont réagi ?
- Quel est le degré d'entente des parents sur la question : position unique / divergence
- Est ce que l'adolescent nourri des griefs envers les parents ou autre ? Passages à l'acte, verbalisation ?
- Quels sens ils attribuent à cette attitude (perche pour savoir comment subjectiver)
- Explorer fratrie (personnes fragiles psychologiquement ? )
- Expériences douloureuses qui ont atteintes parents ou famille. Si caché à l'adolescent, pourquoi, oubli, honte, souci de préserver... ou si révélation, comment, à l'initiative de qui, confirmé par le tiers ?

On donne en général quatre types de conseils :

- être cohérent entre eux, s'efforcer de faire front commun. Faire en sorte que l'adolescent entretienne un rapport avec le symbole ; ne plus en faire une affaire de personne : énoncé qui fonctionne de manière distinct des personnes qui l'ont énoncée. Explication d'une interdiction, et pas « ma mère a dit que je ne pouvais pas ». L'interdit est contourné si il y a faiblesse du coté d'un parent. = La guidance c'est faire un état des lieux des capacité de mener en commun une mesure éducative.

- Faire correspondre leurs paroles et leurs actes. La fiabilité est même plus importante que le contenu, que la mesure éducative prise. Mieux vaut honorer une mauvaise promesse.
- Savoir reconnaître et commenter l'effort et l'évolution de l'adolescent
- Lui répondre dans tous les cas (provocation, affection). Plus il y a un mur de silence, plus l'adolescent va cogner pour le rompre ; va souvent de pair avec des difficultés des parents à évoquer leur adolescence.

Un seul entretien ne peut pas tout résoudre. Il s'agit de suivre et épauler les parents pour qu'ils suivent les conseils et prennent conscience de leur impact + inédits au niveau du comportement de l'ado qui peuvent survenir. Cf. Winnicott : « vous avez semé un bébé, et vous récoltez une bombe ». Les parents doivent être aidé, soutenu pour décoder les comportements surprenants. Définitions d'objectifs avec les parents d'adolescents.

R. CLEMENT, « *parents en souffrance* », stock

P. LEGENDRE

Souvent les parents arrivent seuls avec l'adolescent qui refuse de venir : travail par intermédiaire, transfert à distance qui se fait. Intégration de l'interdit qui passe parfois par le fait que l'adolescent sente que le parent peut être un rempart, qu'il est en chair et en os. Amener les parents à les faire dialoguer avec l'adolescent sur leur propre adolescence : parfois identifications, similitudes... Résistances et zones d'ombres : hypothèse de choses encryptées dans le psychisme des parents, vécues dans la honte.

Souvent tournant au bout de deux mois de guidance (4 à 8 entretiens) : gêne qui précède un départ, comme si quelque chose d'insupportable ou ils expriment le fait qu'ils ne vont plus venir. La guidance fonctionne soit avec des temps forts (crises majeures à démêler), soit de manière fractionnée. Le psy est utilisé au sens du médecin généraliste ; quelque chose s'est inscrit et la famille reprend contact seulement quand ça va mal.

## **PSYCHOPATHOLOGIE DES TOXICOMANES**

Débat : est ce que la psychothérapie est possible pour le toxicomane ?

Certains pensent que non :

- Pas de possibilité d'élaboration,
- Collage à la vie quotidienne,
- Immédiateté.
- Décalage entre acte impulsif et réflexion que les patients portent sur ces actes.

- Difficultés à se souvenir et à réactualiser le passé, ou souvenirs, mais sans affects (signe de clivage intrapsychique important (idée – affect).

- Clivage comportement - idée

Caractère irrégulier de leur venu. Temps très fort où ça fantasme suivi d'absences ponctuelles ou définitives. Gens qui viennent jusque dans les rêves du thérapeute, hors-cadre ou somatisations incongrues pendant les entretiens.

L'ange et le fantôme : rend compte d'aléas de la vie psychique d'une génération à l'autre.

Cf. ABRAHAM : « *L'écorce et le noyau* »

Deux occurrences psychiques sont centrales dans le travail avec les toxicomanes :

- souffrance psychique liée à un trauma personnel
- souffrance psychique liée aux traumas familiaux

Notion d'introjection = assimilation psychique, tout ce qui nous arrive nécessite une élaboration (ex du travail de deuil) → élargissement du moi. Cet élargissement est contrarié dans les processus qui impliquent des traumas perso ou familiaux.

S. TISSERON

NACHIN « *les fantômes de l'âme* »

« *Dinosaures sur le divan* »

Le trauma crée un clivage du moi qui est fonctionnel (on entretient une relation fantasmatique avec le disparu : une partie du Moi accepte, une autre pas). Si temps et verbalisation, le clivage est résorbé. Terme d'inclusion dans le moi. Le clivage est-il temporaire ou pas ? Dans le clivage, deuxième type de refoulement = conservateur qui est pathologique et qui s'oppose au refoulement dynamique (moi clivé grâce à un refoulement conservateur). Les clivages peuvent durer des années parce que le sujet les a vécus dans la honte ou la terreur : clivage définitif et hermétique = crypte dans le Moi (variété de clivage le plus hermétique parce que vécu dans la honte et le secret).

Chez les femmes toxicomanes, 1/3 ont vécu un abus sexuel ; le trauma est le plus souvent vécu dans la honte et ne peut être résorbé facilement = autant d'affects, sensations, idées qui sont congelées, in assumées. Très proche du déni. Cela provoque un déficit de l'élan vital.

Quel rôle a le recours à la toxicomanie ? = coté des effets sédatifs et euphorisants du produit

EX de la patiente incesté par son père à 12 ans ; continuum entre des gestes de tendresse et l'acte incestueux. Comment concilie la tendresse et l'horreur qui a suivi = a tout enfermé dans un coin, capacité à aimer mise au congélateur, devenu incapable d'éprouver du désir et du plaisir. Elle est devenu rapidement accro au cannabis : les effets sédatifs sont recherchés pour maintenir l'encryptement, faire un verrou supplémentaire. Un plaisir était procuré par l'effet euphorisant qui lui permettait d'avoir des rapports sexuels, d'avoir des sensations agréables. = visée palliative d'affects encryptés.

Aussi influence trans-générationnelle des secrets de famille. Les traumatismes ont un impact aussi sur la descendance.

L'idée de transmission psychique est récusée ; chaque génération a sa vie psychique = refonte. Ce n'est pas le contenu qui se transmet, mais c'est la situation de clivage qui a des effets. L'instance de l'appareil psychique de l'enfant se différencie à partir du moi parental.

Si incohérence, autant de distorsions qui vont infliger l'appareil psychique de l'enfant d'une faille qui est cette fois-ci globale. Parfois l'enfant se fait une idée précise du contenu en observant les situations où le parent est mal à l'aise. Le secret peut être approché de manière verbale ou non verbale.

Travail de fantôme =

Construction psychique que fait un enfant pour résoudre un drame encrypté dans le moi d'un parent ou grand parent, dans l'espoir d'être compris lui-même en retour = « enfant thérapeute » de FERENCZI. S'amplifie et se fait au mépris du développement de l'enfant. C'est un marché de dupe, car l'enfant se fait une idée approximative et développe un symptôme pour aider la famille « j'approche ce qui te fait peur, tu porte moins ».

Souvent pour le toxicomane, le secret est approché sur le mode du non-verbal.

-