

Mme Muriel Lascaux*, Mme Nathalie Bastard*, Mme Céline Bonnaire**, M. Jean-Pierre Couteron**, Dr Olivier Phan***

* Psychologue clinicienne, Centre Émergence, Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris, 6, rue de Richemont, F-75013 Paris. Courriel : muriellascaux@hotmail.com

** Psychologue clinicien(ne), CEDAT, Mantes-la-jolie, France

*** Praticien hospitalier, Centre Émergence, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France

Reçu juin 2009, accepté avril 2010

INCANT

Une comparaison de deux modèles thérapeutiques formalisés

Résumé

La recherche européenne INCANT (*IN*ternational *C*annabis *N*eed of *T*reatment) est un essai clinique contrôlé, randomisé et longitudinal qui vise à évaluer l'intérêt d'une thérapie spécifique, la Thérapie familiale multidimensionnelle (*Multidimensional family therapy* – MDFT) dans la prise en charge des adolescents abuseurs ou dépendants du cannabis. Ce modèle thérapeutique a ainsi été comparé à la prise en charge habituellement pratiquée dans les pays qui participent à la recherche (France, Pays-Bas, Suisse, Belgique, Allemagne), qui est ici appelée le TAU (*Treatment as usual*). La nécessité de définir ce dernier, pour permettre la comparaison, a amené la France à proposer un protocole original. Face à l'hétérogénéité des pratiques cliniques qui correspond à la réalité du TAU français, une autre branche comparative a été créée, le TAU explicite (TAUe), c'est-à-dire la formalisation a priori du TAU. Ces deux modèles thérapeutiques semblent intéressants à décrire afin de mieux percevoir la différence de leurs méthodes, de leurs applications sur le terrain et de leurs indications.

Mots-clés

Psychothérapie – Adolescent – Dépendance au cannabis – Étude randomisée – Efficacité – Thérapie familiale – Thérapie individuelle.

La prévalence de la consommation de cannabis chez les adolescents (1) et les demandes d'aide croissantes qui en découlent ont dynamisé les échanges entre les acteurs du terrain et les politiques sur l'accompagnement proposé à ce public dans les centres de soins spécialisés, nouvellement CSAPA (Centre de soins, d'accueil et de prévention en addictologie).

Summary

INCANT: comparison of two formalized therapeutic models

The European INCANT (*IN*ternational *C*annabis *N*eed of *T*reatment) study is a randomized, longitudinal, controlled clinical trial designed to evaluate a specific therapy, Multidimensional family therapy (MDFT), in the management of cannabis-abusing or dependent adolescents. This therapeutic model was compared to usual management in the countries participating in the study (France, Netherlands, Switzerland, Belgium, Germany), called TAU (*Treatment as usual*). France has proposed an original protocol in order to define treatment as usual as a basis for comparison. Due to the heterogeneity of clinical practices corresponding to TAU in France, another comparative arm was created, explained TAU (TAUe), i.e. prior formal description of TAU. These two therapeutic models need to be described in order better to clearly detect differences in their methods, applications in the clinical field and indications.

Key words

Psychotherapy – Adolescents – Cannabis dependence – Randomized study – Efficacy – Family therapy – Individual therapy.

En Europe, la richesse de ces réflexions a largement fait évoluer les modalités de la prise en charge de ce public. En France, des équipes avaient initié l'évolution des pratiques professionnelles (2-4), mais l'absence de moyens adaptés n'avait pu permettre ni la modélisation complète ni les études scientifiques nécessaires pour valider une méthode thérapeutique (5). C'est donc aux États-Unis,

et notamment avec la Thérapie familiale multidimensionnelle (*Multidimensional family therapy* – MDFT), que ces recherches ont le plus avancé. Développée par le Center for Treatment Research on Adolescence Drug Abuse (CTRADA) de la Faculté de médecine de l'Université de Miami, la MDFT a démontré son intérêt et la supériorité de son efficacité comparativement à d'autres méthodes thérapeutiques (thérapie de groupe, thérapie cognitivo-comportementale – TCC, traitement à domicile) (6). Ainsi, les représentants des Ministères de la santé français, belge, allemand, hollandais et suisse constituaient un Comité de direction en 2003 – l'APCR (*Action plan for cannabis research* – pour implémenter cette méthode en Europe. Un projet européen, nommé INCANT (*INternational CAnnabis Need of Treatment*), fut créé afin d'évaluer, dans le cadre d'un essai clinique contrôlé, randomisé et longitudinal, l'efficacité de cette méthode en Europe, en la comparant à la pratique classiquement utilisée dans les centres de soins de chacun des pays participants (7). En France, c'est la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) en coordination avec la Direction générale de la santé (DGS) qui le portera et le soutiendra jusqu'à son terme. Chacun des pays participants (France, Belgique, Suisse, Allemagne et Pays-Bas) a défini son modèle thérapeutique habituel, dit TAU (*Treatment as usual*), à partir de sa pratique clinique pour le comparer à la méthode MDFT.

La recherche clinique s'est achevée en juin 2010. Il nous semble ainsi intéressant de mettre en lumière la spécificité de la démarche française, mais surtout de rendre compte de l'application et de l'apport de ces méthodes thérapeutiques que sont la MDFT et le TAU.

Présentation et spécificités du protocole français

Spécificité du protocole français

Les thérapeutes européens des centres qui participent à l'étude ont décrit les modalités (intensité, durée, techniques thérapeutiques, etc.) de l'accompagnement thérapeutique habituellement (TAU) proposé aux adolescents consommateurs de cannabis. Il devait représenter le plus possible la pratique clinique du pays.

En France, ce travail s'est fondé sur les pratiques dans les Consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille, initiées

par la MILDT en 2005-2006. Leur hétérogénéité est venue compliquer cet objectif et une réflexion sur la méthodologie du protocole s'est révélée nécessaire pour formaliser le TAU et garantir la validité scientifique de l'étude (8). L'originalité du projet français aura été de proposer la comparaison de la MDFT à deux autres thérapies (7) :

- le TAU : dans cette branche, les thérapeutes conduisent la prise en charge de manière habituelle, sans documents de référence ni supervision individuelle de leurs pratiques. Ils peuvent toutefois discuter de leurs situations lors des réunions de synthèse ;

- le TAU explicité (TAUe) : la thérapie est en tout point comparable au TAU, mais ses modalités d'application ont été formalisées puis décrites dans un manuel, et des obligations en termes de temps, de fréquence et de supervision ont été adjointes. Le superviseur est chargé de s'assurer de la conformité de la pratique clinique des thérapeutes au manuel.

Pour la MDFT, un manuel décrit la prise en charge et spécifie la présence d'un superviseur pour l'accompagnement des thérapeutes à son application.

Le modèle de la MDFT est ainsi comparé à un TAU "naturel", mais aussi à un TAU "modélisé", le TAUe. Le TAU n'étant pas défini, il représente une donnée clinique impossible à comparer à d'autres modes thérapeutiques, alors que le TAUe, explicité, est accessible à la comparaison. En plus de répondre à l'exigence de la recherche de définir la prise en charge habituelle, cette méthodologie cible l'évaluation de l'efficacité de la MDFT sur son modèle théorique original, c'est-à-dire sur la pratique clinique utilisée et non sur son intensité (fréquence des entretiens) ou sa supervision.

Formalisation du TAUe

Pour formaliser le TAUe au plus près de la pratique clinique française, l'équipe a interviewé des professionnels sur le type d'accompagnement qu'ils proposaient aux adolescents consommateurs de cannabis. En appui, une trame semi-directive d'entretien permettait d'aborder les thèmes suivants : l'accueil des adolescents, les premiers entretiens, le suivi et la prise en charge, les différentes orientations proposées à l'adolescent et la formation des thérapeutes, l'objectif étant de répondre à la question : quelles similitudes existent entre ces différentes pratiques cliniques ?

Les professionnels interviewés ont été choisis sur des critères de diversité de leur implantation géographique, de structure de rattachement de la consultation "jeunes usa-

gers" – CJU (CSAPA, milieu hospitalier, etc.), de formation initiale et thérapeutique, et sur l'existence d'une file active correspondante à la population de recherche (14-18 ans). Cette investigation s'est effectuée sur huit sites, trois situés dans la région Île-de-France et cinq en province. Elle a été complétée par les expériences des deux centres participant à la recherche INCANT, le Centre Émergence Espace Tolbiac (Paris 13^{ème}) (10) et le CEDAT (Centre départemental d'aide aux toxicomanes) de Mantes-la-Jolie (9).

Au-delà de la diversité des modes de prise en charge et des influences théoriques, des axes communs se dégagent tant sur les procédures que sur l'évolution du suivi :

- la notion de bilan de consommation des substances, c'est-à-dire l'exploration active de l'expérience d'usage de l'adolescent (bénéfices et conséquences) ;
- un suivi centré essentiellement sur l'adolescent avec une présence régulière mais ponctuelle des parents pour l'actualisation de l'évolution de la situation ;
- une réflexion clinique influencée par la psychopathologie de l'adolescent et l'étiopathologie de la consommation ;
- l'écoute dite "active" qui est la technique d'entretien la plus pratiquée, en particulier lors des premiers rendez-vous ;
- aucune supervision institutionnelle de la pratique clinique, mais des réunions de synthèse avec l'équipe pluridisciplinaire pour échanger sur la situation des patients ;
- les thérapeutes ont une formation initiale de psychiatre ou de psychologue.

Le manuel du TAUe a été rédigé à partir de ce matériel obtenu pour qu'il soit le plus fidèle aux pratiques de terrain. Ce document, sur lequel les thérapeutes et le superviseur se sont appuyés, est succinct, théorique mais surtout pratique.

Description des deux méthodes thérapeutiques formalisées

Le TAUe

Origine

Le cadre de référence de la pratique clinique des CJU a été précisé conjointement par la MILDT et la DGS, avec des professionnels du terrain, dans un cahier des charges. Il définit les points suivants : le public visé (les moins de 25 ans), l'accueil de celui-ci, les partenaires à engager, le cadre (anonymat, confidentialité, gratuité) et les principes méthodologiques. Cette prise en charge privilégie une

approche globale de la consommation, la problématique des jeunes consommateurs devant être appréciée dans son ensemble, sur les plans biologique, médical, psychologique, social et éducatif (11).

Les enquêtes menées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) sur ces CJU témoignent du public reçu, à savoir une majorité d'adolescents ou jeunes adultes consommateurs hédonistes, non demandeurs, honorant peu de rendez-vous, ainsi que de l'importance à accorder aux premiers entretiens pour éviter les perdus de vue et accrocher les consommateurs quotidiens pouvant présenter une consommation problématique (8). Ainsi, une clinique et une réflexion propre aux adolescents consommateurs ont progressivement émergé, croisant les professionnels de l'adolescence et des addictions.

Fondements théoriques

Les principales influences théoriques de la pratique clinique en CJU proviennent, d'une part, des courants psychiatrique et psychanalytique du champ de l'adolescent, d'autre part, des courants psychanalytique, socio-éducatif et systémique du champ de la toxicomanie. Ainsi, de manière officieuse, la pratique clinique s'est inscrite dans un courant intégratif, empruntant différentes techniques thérapeutiques pour répondre au plus près aux besoins des patients. Celles retenues pour la formalisation de la TAUe, c'est-à-dire les plus pratiquées sont :

- l'écoute active telle que l'a décrite Rogers, technique d'entretien la plus utilisée, notamment pour créer l'alliance thérapeute lors des premiers entretiens (12) ;
- l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick (13) : le thérapeute utilise une technique pédagogique et active pour inviter l'adolescent à explorer ses consommations et sa propre gestion de celles-ci ;
- les théories cognitives des addictions (14) qui intéressent le thérapeute pour identifier les éléments internes (émotions, pensées, comportements) et externes (environnement) liés à la consommation ;
- une réflexion de type psychodynamique que le thérapeute garde le plus souvent en toile de fond et qui l'aide à comprendre l'étiopsychopathologie de la consommation de cannabis, c'est-à-dire qu'il s'intéresse aux mécanismes psychopathologiques et psychodynamiques sous-jacents aux manifestations comportementales (15).

Principes fondamentaux

L'origine de la consommation de cannabis provenant de multiples facteurs, le thérapeute va aider l'adolescent à identifier la spécificité de sa problématique et les raisons

de sa consommation. Le but est d'accompagner le passage de cette période difficile de son adolescence. Dans ce type d'intervention brève, le thérapeute travaille principalement sur la subjectivité de l'adolescent, ses représentations et ses perceptions. La compréhension des "causes profondes" n'est pas la priorité ; le thérapeute se centre sur les stratégies de changement dans la réalité actuelle de l'adolescent (16).

La thérapie est une véritable collaboration basée sur les capacités du patient qu'il considère comme l'expert de sa vie et de sa thérapie (17). Son efficacité résulte des changements et compétences de l'adolescent. Le thérapeute s'adapte à l'évolution des motivations et à la succession des stades de changement (18). Il a alors un rôle actif, dit psychopédagogique, les résistances étant perçues comme un problème de motivation et de conscience des troubles. La relation thérapeutique est dynamique et interactive. L'intervention se doit d'être courte avec une visée d'amélioration rapide (16).

Le TAUe se déroule en trois phases dans un ordre relativement fixe, d'importance variable selon l'évolution du suivi. Tous les patients n'accèdent pas à la phase 2 ou à la phase 3. Ces passages dépendent en partie de l'investissement de l'adolescent dans cette thérapie. En effet, le travail proposé dans ces trois phases n'est pas le même et de plus en plus exigeant quant à l'introspection proposée à l'adolescent sur sa problématique.

L'adolescent est le plus souvent vu seul, au rythme d'une fois par semaine. Les parents sont mobilisés pour garantir le maintien de l'adolescent dans le processus thérapeutique en participant au cadre de la prise en charge : permettre et encourager la présence de l'adolescent aux entretiens, l'accompagner aux entretiens de bilan dont la fréquence varie en fonction de la situation.

Les deux thérapeutes TAUe sont supervisés une fois par semaine sur la base d'entretiens filmés. Le rôle du superviseur est de favoriser une meilleure compréhension du fonctionnement professionnel, passant par une analyse de la problématique du patient. Le travail porte sur les ressentis et représentations du thérapeute. Celui-ci doit également s'assurer de la conformité des entretiens au manuel du TAUe (les différentes phases et les techniques d'entretien). La préparation de ces entretiens est peu structurée, plutôt réflexive et ouverte : identification de la phase du travail thérapeutique, réflexion sur la fonction du produit et la compréhension de la problématique de l'adolescent, quels thèmes explorer, quels objectifs thérapeutiques...

Déroulement

Le but est d'amener l'adolescent à s'interroger sur sa situation, à prendre conscience des dysfonctionnements qui y sont liés et à adopter une position active face aux changements. Il s'agit de faire émerger une demande intrinsèque afin qu'il devienne acteur de la démarche engagée et non simple spectateur d'une évaluation (2). Pris dans ses doutes et dans sa remise en question identitaire, l'adolescent n'est pas toujours en mesure de reconnaître ou de verbaliser ses préoccupations (15) ; il a recours aux actes dans une tentative de "dire" et de résoudre ce mal-être. Il va mettre à l'épreuve son entourage. À travers le travail d'auto-évaluation, le thérapeute va étayer l'adolescent dans la construction de sa personnalité en s'appuyant sur des concepts psychanalytiques (2). Ces entretiens vont permettre d'évaluer l'existence d'une souffrance psychique et de poursuivre ce travail dans un troisième temps.

- Phase 1 – Construction de l'alliance thérapeutique et reformulation de la demande

Cette première phase de quelques entretiens (un mois) consiste en une évaluation des consommations de l'adolescent, de sa personnalité, de ses relations intrafamiliales et de son environnement. Une attention particulière est nécessaire lors du premier entretien. Pour la majorité des adolescents, la demande d'aide vient de la famille, de l'établissement scolaire, voire de la justice, qui considèrent que la situation devient urgente à traiter. Dans un premier temps, le thérapeute reçoit les parents et l'adolescent afin qu'ils puissent exprimer leurs points de vue et inquiétudes. Ce temps consacré à entendre le discours des parents est important pour qu'ils ne se sentent plus seuls à affronter la question de l'usage. Dans un deuxième temps, le thérapeute s'entretient avec l'adolescent seul afin qu'il puisse décrire plus sereinement sa vision de la situation et la place de sa consommation de cannabis dans celle-ci. Dans un troisième temps, le cadre et le déroulement du suivi proposé sont expliqués aux parents et à l'adolescent. C'est à ce moment-là que l'on pourra, si besoin, orienter les parents vers un autre interlocuteur, le TAUe n'étant pas une prise en charge commune parents-adolescent.

Les entretiens suivants complètent l'exploration de la situation et de renforcent l'alliance thérapeutique. Le thérapeute aide l'adolescent à mettre des mots sur ses consommations (cannabis, alcool, tabac) et sur ses expériences d'usage : type de produit consommé, mode d'utilisation, la fréquence (journée, semaine, mois), circonstances actuelles de consommation (seul, en groupe, à la maison, dehors, etc.), premières expériences, évolution de la con-

sommation, effets recherchés, etc. (9). En fonction de la capacité de l'adolescent à identifier, repérer et quantifier sa consommation, un "livret de consommation" peut lui être proposé (19). À travers la description de la consommation, le thérapeute s'intéresse au monde de l'adolescent et à son environnement, c'est-à-dire aux relations familiales, aux relations avec ses pairs, à sa scolarité et à ses loisirs.

Ces premiers entretiens sont essentiels pour amorcer une alliance thérapeutique avec les parents et surtout avec l'adolescent. Bien souvent, il perçoit l'intervention thérapeutique comme une atteinte à son indépendance, où le thérapeute encourage l'abstinence sans prendre en compte la perte de ce plaisir et la gestion de certaines situations (16). Un temps est donc nécessaire pour faire comprendre à l'adolescent la vraie cible de la prise en charge : parvenir à un "mieux-être". La diminution ou l'arrêt de la consommation n'est qu'un moyen parmi d'autres d'y parvenir. L'objectif n'est pas d'exercer une pression, mais plutôt d'accompagner le changement en aidant au déploiement des capacités. Le changement doit répondre aux valeurs intrinsèques de l'adolescent, c'est-à-dire ce qui est important pour lui. Mais avant d'entamer cette phase, il est primordial d'identifier les motivations de l'adolescent qu'elles soient modestes (sortir le week-end) ou ambitieuses (projet professionnel).

Exemple : Armand, 17 ans, est un adolescent qui consomme du cannabis une à deux fois par semaine pour ressentir des sensations "agréables" et mettre à distance son sentiment de "vide" et de "mélancolie". Armand voudrait juste se sentir bien. Sa mère, qui a demandé ce rendez-vous, insiste pour qu'Armand arrête sa consommation de cannabis, expliquant qu'elle est inquiète de son état psychologique. Elle décrit son fils comme réservé, inhibé, s'isolant beaucoup, et ce, "depuis qu'il est tout petit". Elle culpabilise de ne pas s'être alarmée plus vite et de ne jamais avoir consulté, surtout au moment du divorce. En partant de la demande initiale de la mère centrée sur l'arrêt de la consommation de cannabis d'Armand, le thérapeute va reformuler la demande et proposer à Armand et sa mère de prendre en charge la souffrance psychologique de ce dernier. Par ailleurs, face à la forte culpabilité ressentie par la mère, le thérapeute l'oriente vers le point écoute parents dans le but qu'elle aussi puisse être accompagnée et soutenue.

- Phase 2 – Aide à l'auto-évaluation de sa situation et accompagnement des changements

Une fois l'alliance thérapeutique amorcée, l'exploration de la consommation faite et les motivations de l'adolescent

exprimées, le thérapeute va accompagner l'adolescent dans un processus de changement dont il a repéré le stade (2, 20). Ainsi, vont être abordés, d'une part, les effets positifs liés au produit – l'adolescent décrit les effets ressentis agréables liés au produit dans le but de reconnaître le plaisir qu'il procure et de comprendre sa fonction – et, d'autre part, les conséquences négatives présentes ou futures liées à la consommation. Cette balance décisionnelle amène l'adolescent à prendre conscience du rapport coût-bénéfice de sa consommation, ce qui permet au thérapeute de travailler sur l'ambivalence de ce dernier quant à son désir de changement afin que progressivement il les envisage (13). Dans un second temps, le thérapeute et l'adolescent s'accordent sur les changements à opérer. Un feed-back sur les nouveaux comportements et nouvelles attitudes expérimentés s'avère nécessaire pour mettre en lumière les ressources de l'adolescent et renforcer son sentiment d'efficacité.

Cette phase de changements est l'occasion pour l'adolescent d'aborder différents aspects de son quotidien, tels que les relations familiales, sa scolarité, ses ressentis internes, ses relations avec ses pairs, etc., qui sont autant d'éléments que le thérapeute doit prendre en compte pour approfondir son évaluation d'une éventuelle souffrance psychique (3). Une problématique personnelle ne doit pas être laissée de côté au profit de l'arrêt du cannabis, d'autant plus que l'adolescent ne parle pas souvent spontanément de ses difficultés ou préoccupations. L'objectif de la prise en charge est le mieux-être, et le cannabis qu'un moyen d'y parvenir. De ces expériences de changement dépendra, le plus souvent, la suite de la thérapie.

Exemple : Benoît, 16 ans, consomme quotidiennement du cannabis avant, pendant et après sa formation professionnelle de boulangerie. Le matin cela lui donne du courage, de la motivation ; le midi et en fin de journée le cannabis le détend, le calme. La responsable de la boulangerie, dans laquelle il effectue sa formation, critique son travail, lui reproche ses retards et son manque d'investissement. Le stress, la colère et l'agressivité qu'il en ressent lui sont difficiles à gérer ; seul le cannabis l'apaise, sinon il s'énerve ou tape. Un travail sur ses émotions et ses représentations a été nécessaire avec Benoît pour l'aider à gérer sa colère et son agressivité : lorsque la responsable le critiquait, il entendait qu'il était mauvais, un bon à rien, ce qu'il entendait déjà de ses parents, épuisés de ses échecs scolaires à répétition. La reconstruction cognitive s'est effectuée à travers l'expression de la tristesse et du sentiment de solitude, qui se cachaient derrière cette colère.

- Phase 3 – Consolidation des changements ou engagement dans un travail psychothérapeutique en lien avec des problématiques psychologiques identifiées

La phase 2 a permis à l'adolescent d'opérer des changements et d'acquérir un minimum de compétences dans la gestion de sa consommation. La phase 3 aura pour but de consolider ces changements et/ou de poursuivre un travail psychothérapeutique (9, 10). Le premier cas de figure, fréquent au sein des CJU, correspond à l'adolescent qui a mobilisé suffisamment de ressources personnelles pour poursuivre et maintenir sa diminution ou son arrêt de la consommation et qui ne souhaite pas approfondir d'autres problématiques personnelles. Il existe également le cas où, malgré les changements obtenus dans le domaine de sa consommation, l'adolescent exprime le besoin d'être étayé dans une démarche de maintien, voire de sevrage. Le suivi prendra fin lorsque l'adolescent se sentira capable de gérer sa consommation et d'affronter seul les situations dites "à risque", c'est-à-dire où tous les éléments déclencheurs de la consommation sont présents.

Dans d'autres situations, l'auto-évaluation a fait émerger une problématique plus profonde chez l'adolescent qui utiliserait alors le cannabis comme une réponse à celle-ci. Celui-ci prend conscience que le symptôme "cannabis" est la manifestation de conflits sous-jacents et souhaiterait poursuivre un travail psychothérapeutique (15). Ceci implique que le thérapeute encourage une expression spontanée et sollicite une réflexion sur soi-même, sur ses pensées, ses idées, ses affects et ses émotions. L'objectif de ce travail est d'augmenter la capacité du sujet à se voir lui-même (*insight*) et à mieux se connaître (3). Les problématiques les plus souvent rencontrées au sein des consultations cannabis sont : le vécu traumatique, les relations familiales conflictuelles, les troubles de l'identité, les angoisses névrotiques, les états dépressifs, etc. Dans tous les cas de figure, arrêt ou poursuite de la thérapie, un bilan de la thérapie est organisé à six mois, dans un premier temps avec l'adolescent seul, puis dans un second temps avec l'adolescent et ses parents.

Exemple : Stéphane, 17 ans, consomme quotidiennement du cannabis. Au cours des premières semaines du suivi, Stéphane se montre particulièrement motivé à diminuer sa consommation, il dit vouloir "reprendre sa vie en main et arrêter les conneries". Il ne lui reste rapidement que le joint du soir dont il ne parvient pas à se séparer. Progressivement, Stéphane a pu aborder les angoisses, les images qui le traversent au moment de se coucher et les cauchemars qui hantent ses nuits depuis le suicide de sa

mère. Un travail important s'est alors centré sur le vécu traumatique de Stéphane.

La méthode MDFT

Origine

La MDFT est une approche thérapeutique en consultation externe qui repose sur la famille. Elle fut développée et testée depuis 1985 dans le cadre de quatre protocoles majeurs de recherche clinique randomisée, pour des adolescents présentant des symptômes cliniques de consommation de drogue et des problèmes de comportement (6, 21). Cette méthode a été développée par le CTRADA (Center For Treatment Research on Adolescence Drug Abuse) de la Faculté de médecine de l'Université de Miami (22). Au départ, ces recherches visaient à démontrer l'efficacité d'une méthode thérapeutique avec des adolescents sous main de justice afin que celle-ci soit proposée en alternative à l'incarcération (23). Ce sont les changements de l'adolescent dans son milieu écologique plutôt que l'éloignement et l'isolement qui sont privilégiés. L'intérêt est d'agir sur les facteurs pouvant influencer sur sa consommation de cannabis, comme sa famille et son entourage extra-familial (6).

Fondements théoriques

Les recherches fondamentales dans le domaine épidémiologique et clinique montrent que l'usage de stupéfiants chez les adolescents est la résultante d'un désordre multidimensionnel. Il est donc important de disposer d'un système de modélisation suffisamment complexe et multifactoriel pour pouvoir appréhender et agir sur le noyau des phénomènes cliniques conduisant à une trajectoire insatisfaisante de l'adolescent (24).

Fondée dans une approche intégrative, le modèle MDFT est issu de divers courants cliniques et théoriques :

- la psychologie du développement de l'adolescent et de la famille : l'objectif pour le thérapeute est d'amener progressivement les relations parents-adolescents vers un modèle d'interaction et de coopération (25) ;

- la psychopathologie du développement : les états pathologiques de l'adolescent dont les problèmes graves de comportement sont expliqués en termes de déviation du cours normal du développement (26) ;

- la psychologie écologique (23) : elle est définie par Bronfenbrenner comme "*l'étude scientifique de l'adaptation réciproque et progressive entre un humain actif, en cours de développement, et les propriétés changeantes des milieux immédiats dans lesquels il vit, compte tenu que ce processus est*

affecté par les relations entre eux et les contextes plus généraux dont ces milieux font partis" (27).

Les principaux courants psychothérapeutiques influents sont les thérapies systémiques (28), les thérapies cognitives (14) et les thérapies stratégiques (29).

La présentation des principes fondamentaux de la MDFT permet d'en comprendre les mécanismes et ses implications au regard du développement de l'adolescent, mais surtout sa pratique.

Principes fondamentaux

L'origine multidimensionnelle de la consommation de drogue chez l'adolescent implique un angle d'approche multidimensionnel de la prise en charge selon quatre axes : l'adolescent, les parents, la famille, les relations extra-familiales. Elle se déroule en trois étapes, à savoir, la construction des fondations de la thérapie, le travail des thèmes, et enfin la consolidation des changements. Dès le premier entretien, et ce tout au long de la thérapie, le thérapeute considère les quatre axes dans le but de les faire évoluer jusqu'à la troisième étape, c'est-à-dire vers la mise en œuvre de changements étayant le développement de l'adolescent et améliorant la communication et les relations familiales. Des temps sont ainsi consacrés avec l'adolescent seul, les parents seuls, la famille et éventuellement avec des personnes extra-familiales (6). Chacun doit évoluer et opérer des changements.

L'objectif de cette thérapie brève et pragmatique n'est pas de résoudre tous les problèmes de la famille, mais de transmettre les principes d'*enactment* et d'isomorphisme. L'*enactment* correspond à la manière dont la personne va mettre en acte des changements, va expérimenter de nouveaux comportements, ce qui déclenche souvent des tensions émotionnelles (30). C'est, par exemple, un membre de la famille qui va exprimer directement, au travers de la conversation, l'un des aspects de ses problèmes interactionnels avec un(les) autre(s) membre(s) de la famille. L'isomorphisme est un processus à travers lequel le thérapeute doit identifier via son ressenti ce qui, des attitudes ou des dires du superviseur, l'a fait changer pour se l'approprier et pouvoir dans un second temps le reproduire avec les parents, qui de la même manière, devront à leur tour l'appliquer avec leur adolescent (31). Ce processus de transmission pédagogique postule que seule l'association de la pensée avec le vécu émotionnel permet une compréhension et une appropriation entière de la pratique.

La MDFT s'articule autour des notions fondamentales de facteur de risque et de facteur protecteur de la famille (32).

Un certain nombre d'études ont montré que les facteurs de risque s'influencent, se renforcent mutuellement et détériorent le fonctionnement familial, produisant des situations peu favorables au développement de l'adolescent (33). La reconnaissance des facteurs de risque par le thérapeute doit être complétée et contrebalancée par le ciblage des facteurs de protection et leurs développements. Parmi ces facteurs de protection, la qualité des relations entre l'adolescent et ses parents est la plus fondamentale ; parfois d'autres relations de l'adolescent avec une personne externe à la famille peuvent être aussi déterminantes (34). Le thérapeute s'attachera à développer tout ce qui concourt à la création des liens au sein et à l'extérieur de la famille.

L'une des singularités de la MDFT est le travail de "conceptualisation du cas", effectué au début de la prise en charge de la famille par le thérapeute. Cette conceptualisation écrite s'organise autour des quatre modules de la thérapie (adolescent, parents, relations familiales et milieu extra-familial) et représente un recueil d'informations complet permettant au thérapeute de raisonner en termes de facteurs de risque et de protection par rapport à la consommation de drogue. Ainsi, le squelette de la thérapie se profile et permet d'envisager différentes directions. Avant chaque entretien, le thérapeute "construit" les sessions avec l'adolescent, les parents et/ou avec la famille, en déterminant un objectif et la manière de l'atteindre (35).

L'application de cette méthode nécessite le soutien d'une supervision qui se déroule en direct ou en différé. La supervision directe se fait à l'aide d'une transmission de l'entretien sur un écran de télévision visionné par le superviseur. Celui-ci intervient auprès du thérapeute par le biais du téléphone, afin de lui donner une orientation ou une aide lorsqu'il le juge opportun. La supervision en différé consiste à visionner les enregistrements vidéo des entretiens afin de vérifier la conformité au modèle théorique et d'améliorer la pratique clinique du thérapeute (36).

Déroulement

Tout au long de la prise en charge, le thérapeute travaille sur les quatre modules ; il organise ainsi les entretiens en fonction : entretiens individuels, entretiens avec plusieurs membres de la famille, entretiens familiaux, entretiens extra-familiaux (10, 37, 38).

- La construction des fondations de la thérapie : perspectives générales

Dans la première phase, l'important est de construire les fondations de la thérapie, c'est-à-dire d'éclaircir les raisons de la venue de la famille en consultation, d'évaluer

la situation et surtout d'amorcer des alliances multiples, non seulement avec l'adolescent, mais aussi avec les personnes mobilisables pouvant aider l'adolescent à modifier sa trajectoire de vie. En effet, les demandes de prise en charge ont souvent lieu suite à une période de crise. Ces moments de crise, propres à l'adolescent, mettent en évidence des difficultés familiales et représentent des opportunités dont il faut savoir se saisir. Ils correspondent à la dynamique qui créera la motivation au changement. Il est primordial d'approfondir les motivations sans être dans le changement.

Les entretiens avec l'adolescent consistent principalement à repérer ses motivations en l'aidant à développer sa pensée, ses émotions sur sa vie et sa famille, en pointant les contradictions, les difficultés actuelles et ses compétences. Il s'agit également de l'aider à formuler ses "rêves" et ses "espoirs" pour l'avenir, car l'objectif de la thérapie est de l'emmener dans cette direction. Ainsi, l'attitude pédagogique du thérapeute et son optimisme réaliste doit encourager l'aspect de collaboration avec l'adolescent pour que celui-ci comprenne l'intérêt et l'aide qu'il peut trouver dans cette thérapie. Le thérapeute doit investir et explorer le monde de l'adolescent.

En parallèle, dans les entretiens avec les parents, le thérapeute va les encourager à raconter leurs pratiques parentales, les relations qu'ils entretiennent avec leur enfant dans le but de valoriser leurs compétences, c'est-à-dire les efforts qui ont fonctionné. Il est indispensable de réimpliquer les parents dans l'éducation de leur adolescent et d'éviter de les conforter dans une démission. Parallèlement, leurs ressentis, leurs préoccupations doivent être soulignés non seulement pour les soutenir face aux difficultés réelles auxquelles ils se confrontent, mais aussi pour les aider à retrouver des émotions positives quant à leur adolescent. Il est important de ne pas plonger dans la culpabilité qui ne sera pas constructive. Ce temps peut également être l'occasion pour les parents de parler de leur histoire, de leur enfance, de l'éducation qu'ils ont eue, etc. Les parents doivent pouvoir s'engager dans la prise en charge en garantissant qu'ils feront tout pour aider leur adolescent, et le thérapeute doit aussi s'engager à aider les parents à trouver des solutions. Cette règle d'implication est nécessaire et primordiale avant tout changement. À ce stade, l'important est la prise de conscience, pas le changement.

Le programme du traitement – à savoir le cadre, le déroulement, les règles comme le secret professionnel – est expliqué, dès le début de la thérapie, en session familiale

quand tout le monde est présent. Un certain nombre de questions-clés sur les bénéfices de la thérapie, de ce que cela implique et impose pour la famille, doivent être abordées. Par ailleurs, le thérapeute s'intéresse à l'histoire de la famille (décès, séparation, etc.) et aux interactions entre les différents membres. Très rapidement, l'existence d'objectifs communs doit être identifiée et mise en lumière pour favoriser l'alliance de toute la famille. C'est le préalable indispensable à toutes les actions thérapeutiques. L'amélioration de la communication étant l'une des principales, dès le début, le thérapeute invite la famille à échanger ensemble et tente d'impulser de nouvelles façons de parler. À ce stade, la thérapie se centre sur les composantes positives et émotionnelles de leurs relations.

Le travail extra-familial consiste à prendre contact avec tous les intervenants ayant une action auprès de l'adolescent pour amorcer d'autres alliances et, éventuellement, à faire le lien entre eux pour favoriser une collaboration constructive.

Exemple : Jean, 16 ans, est amené en consultation par ses parents qui s'inquiètent de sa consommation de cannabis et qui ne supportent plus ses mensonges et son non-respect des règles. Pour Jean, il n'y a aucun problème. La construction de l'alliance thérapeutique va s'établir avec Jean sur la perte de confiance de ses parents à son égard, avec les parents sur l'amélioration de la qualité des relations avec leur fils et tous ensemble sur un objectif commun, à savoir le mieux-être de Jean, des parents et de toute la famille.

Lorsque la construction des fondations de la thérapie s'achève, il est alors possible d'engager le travail avec la famille sur les thématiques centrales participant aux changements.

- Travailler les thèmes : demander le changement

Cette deuxième étape est le noyau dur de la thérapie. Différents thèmes pouvant être mis en lien avec la question principale de la consommation de cannabis sont travaillés, tout d'abord avec l'adolescent et les parents séparément, puis au sein de la famille. Les changements s'effectuent au niveau des quatre axes (adolescent, parents, famille et extra-familial) en commençant par les plus accessibles ou les plus stratégiques pour le processus psychothérapeutique. Il est important que, très rapidement, chacun des membres de la famille ressentent des bénéfices de ce travail car c'est ce qui renforcera leur engagement, déblocquera la situation et permettra d'aborder des thèmes plus difficiles. En effet, certains jeunes sont, par exemple, très

défensifs à l'idée d'évoquer la question de leur usage de cannabis. Accéder au monde de l'adolescent en travaillant des thématiques telles que les difficultés rencontrées à l'école, avec les parents, avec la justice sont des voies accessibles qui permettront de faire tremplin sur des domaines plus verrouillés. L'objectif de cette phase est d'expérimenter des changements tout en gérant le stress, l'angoisse et les inquiétudes qu'ils suscitent.

Le thérapeute va aider l'adolescent à exprimer ses pensées, ses préoccupations, ses opinions dans le but, d'une part, qu'il passe d'un "tout sensation" à l'élaboration d'émotions et, d'autre part, qu'il puisse être plus à l'aise dans l'échange avec ses parents. Une réflexion plus personnelle chez l'adolescent, soutenue par le thérapeute, l'encourage à prendre conscience de ce qui favorise son développement, ses atteintes d'objectifs, et ce qui freine cette évolution. Un travail d'identification des barrières et des résistances internes et externes à l'adolescent est important. L'objectif est que l'adolescent mette en œuvre des changements tant dans des domaines spécifiques propres à lui (régulation émotionnelle, impulsivité, etc.) que pour améliorer la communication familiale.

Il est indispensable de bien évaluer, de prendre en compte et de traiter une éventuelle psychopathologie de l'adolescent (dépression, etc.).

Exemple : Adrien affirme en entretien individuel qu'il ne souhaite pas arrêter le *deal* malgré l'impact que cette activité a sur sa scolarité, car il aime l'importance que celle-ci lui donne auprès des autres et tout l'argent qu'il gagne. Les résistances au changement d'Adrien sont telles que le thérapeute va stratégiquement décider d'aller dans son sens en lui proposant d'expliquer à ses parents son projet professionnel de *dealer*. Adrien refuse, ce qui va permettre au thérapeute de travailler sur les raisons de son refus plutôt que d'aborder directement l'irréalisme de ce projet.

Avec les parents, il peut être opportun de travailler sur leur découragement, voire leur abdication face aux problèmes de leur adolescent, sur leur embarras à s'impliquer dans une discussion auprès de lui, ou encore sur leur difficulté à poser des limites. Tout en s'appuyant sur les attentes positives que les parents ont pour eux et pour leur adolescent, le thérapeute va leur redonner confiance tant sur leur légitimité parentale que sur leur capacité. Les sessions avec les parents ont comme objectif de préparer les parents à écouter leur adolescent, à entendre des choses difficiles car la compréhension est le seul moyen d'avoir une influence sur lui (on écoute mieux quand on se sent

compris). Ce temps permettra alors aux parents de modifier des comportements peu adaptés, de franchir les étapes qu'ils se sont eux-mêmes fixées en termes de changement.

Exemple : Les parents d'Adrien s'agacent des mensonges perpétuels de celui-ci au point qu'ils n'ont plus aucune confiance en leur fils. Adrien leurs jure qu'il ne consomme plus, mais Madame a retrouvé un morceau de cannabis dans sa chambre en faisant le ménage. Le thérapeute les interroge sur leurs réactions si Adrien leurs décrivait sa consommation. Ces derniers s'emportent et disent qu'ils le puniraient, lui interdiraient toute sortie et lui imposeraient des tests urinaires toutes les semaines. Le thérapeute explique que s'ils ne sont pas capables d'écouter leur adolescent sans toutefois cautionner son comportement, celui-ci adoptera la technique du "sous-marin", à savoir cacher certains de ses comportements.

Les entretiens familiaux visent à faciliter et à encourager la discussion entre l'adolescent et ses parents autour des conflits, liés aux problématiques de l'adolescence ou liés aux pratiques parentales, pour permettre leur résolution. En plus de valoriser l'échange intellectuel, le thérapeute les invite à exprimer leurs émotions et leurs sentiments. L'adolescent doit réussir à communiquer sur ses souffrances et les parents à expliquer que les règles sont liées aux liens affectifs, à la protection et non pas à un contrôle ou à une surveillance. Le thème de la confiance doit être abordé.

Le travail extra-familial se centre sur les différentes relations que l'adolescent entretient avec des personnes extérieures à sa famille et qui peuvent influencer positivement son développement, comme par exemple ses amis ou des professeurs. Le thérapeute l'invite à expérimenter des liens différents, de nouveaux moyens de communication pouvant l'aider à réaliser des changements. Des sessions peuvent être organisées avec les pairs dans le but de les mobiliser dans les changements de l'adolescent. Ces pairs, très résistants quant à leurs propres changements, sont souvent très enclins à aider les autres.

Les crises sont des ressources utilisables par le thérapeute qui doit y être particulièrement vigilant. Ce sont des moments où il doit également s'interroger sur la direction et la stratégie thérapeutique, réfléchir sur sa pertinence et changer de direction si cela l'exige. Il est alors important de construire une réponse à la crise qui va augmenter au maximum les chances de pouvoir l'utiliser de manière thérapeutique. Il s'agit d'une opportunité supplémentaire de progresser vers le changement.

- Sceller les changements et terminer le traitement

La troisième et dernière étape consiste à travailler pour préserver les progrès réalisés, laisser la famille faire son propre travail, c'est-à-dire être autonome face aux situations pouvant encore être fragiles, et enfin étendre ces nouvelles attitudes et compétences aux situations à venir. Cette évaluation finale permet de rendre compte des progrès et des changements, mais aussi ce qui reste à accomplir. La dernière étape permet de faire une projection dans le futur et d'évaluer les facteurs de risque pour l'avenir. La fin de la thérapie implique donc un certain nombre de questions telles que le bilan sur les progrès de l'adolescent, en termes de consommation de drogue, et sur le processus familial de gestion des situations difficiles. Il est essentiel de mettre en valeur et de donner du sens aux changements qui sont intervenus, et de verbaliser ceux qu'il pourrait encore y avoir à réaliser. Les nouvelles compétences acquises par la famille doivent les aider à quitter la thérapie sachant qu'ils sont soutenus par les autres intervenants mobilisés et qu'ils peuvent reprendre contact avec le thérapeute.

Conclusions et perspectives

La recherche européenne INCANT a pris fin en juin 2010 et comptabilisait déjà en avril 2010, dans les cinq pays participants, 425 adolescents, dont 107 en France. Elle a permis de comparer et de rendre compte de l'intérêt de deux thérapies formalisées, l'une familiale, la MDFT, et l'autre individuelle, le TAUe, ce que le tableau I tente de synthétiser.

Cette double pratique psychothérapeutique de trois ans a soulevé la question de l'orientation d'un adolescent vers telle ou telle prise en charge. Outre la maturité de l'adolescent et sa capacité d'élaboration, il s'agit d'évaluer la capacité des parents à modifier leur pratique parentale. En effet, dans certaines situations, les résistances des parents ont rendu l'évolution de l'adolescent difficile, voire impossible. Ainsi, il peut être plus constructif de s'appuyer sur les capacités de résilience de l'adolescent en les développant et sur son vécu des pratiques parentales. ■

Tableau I : Comparaison de deux modèles thérapeutiques : MDFT/TAUe

| | MDFT | TAUe |
|------------------------|--|---|
| Origine | CTRAD de la Faculté de médecine de Miami. Pratique avec adolescents sous main de justice. | Création des CJU et élaboration du cahier des charges (MILDT, DGS). Pratique des CSST. |
| Fondements théoriques | <ul style="list-style-type: none"> - Thérapie systémique - Thérapie stratégique - Psychologie du développement de l'adolescent et de la famille - Psychopathologie du développement - Psychologie écologique - Thérapie cognitive | <ul style="list-style-type: none"> - Champs de la toxicomanie - Clinique de l'adolescent - Courant socio-éducatif - Courant psychanalytique - Courant motivationnel - Courant cognitif |
| Principes fondamentaux | <ul style="list-style-type: none"> - Thérapie familiale : des leviers thérapeutiques (adolescent et parents, etc.). - 4 axes de travail : adolescent, parents, famille et extra-familial. - 3 étapes : l'objectif de la thérapie est d'amener chacun à l'étape 3. - Thérapie pragmatique : transmettre aux parents les principes d'<i>enactment</i> et d'isomorphisme (pratique parentale). - La thérapie se construit en fonction des facteurs de risque et de protection. - Supervision avec enregistrement vidéo et en direct. - Conceptualisation de cas. | <ul style="list-style-type: none"> - Thérapie individuelle : un levier thérapeutique (adolescent). - Travail à partir de la subjectivité de l'adolescent. - Travail sur les stratégies de changement, sur la conscientisation des troubles et sur une recherche étiopathologique. - La thérapie est une collaboration avec l'adolescent basé sur ses capacités et son niveau de motivation. - Présence ponctuelle des parents pour faire des points/bilans de la situation. - Supervision sur vécu du thérapeute, compréhension de la problématique et concordance au manuel. |
| Déroulement | <p>3 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - construction des fondations de la thérapie ; - travailler sur les thèmes : demander le changement ; - sceller les changements. <p>Organisation des rendez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fréquence hebdomadaire (1 à plusieurs fois) ; - entretiens avec l'adolescent seul, avec les parents seuls, avec la famille et éventuellement avec une personne extra-familiale. | <p>3 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - construction de l'alliance thérapeutique et reformulation de la demande ; - aide à l'auto-évaluation et accompagnement aux changements ; - consolidation des changements ou engagement dans un travail psychothérapeutique. <p>Organisation des rendez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fréquence hebdomadaire (1 fois) ; - entretiens individuels et entretiens de bilan avec les parents à raison d'une fois tous les un ou deux mois. |

M. Lascaux, N. Bastard, C. Bonnaire, J.-P. Couteron, O. Phan
INCANT. Une comparaison de deux modèles thérapeutiques
formalisés

Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (3) : 209-219

Références bibliographiques

- 1 - Legley S et al. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans – Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007. *Tendances* 2009 ; 64 : 6.
- 2 - Couteron JP. Accueil d'usagers de cannabis : intérêt d'une auto-évaluation. *Interventions* 2001 ; 18 (2) : 40-44.
- 3 - Hachet P. Histoires de fumeurs de joints : un psy à l'écoute des adolescents. Paris : In Press, 2005.
- 4 - Héféz S, Bantman B. Un écran de fumée, le cannabis dans la famille. Paris : Hachette Littérature, 2005.
- 5 - Hibell B et al. The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 2004 : 355.
- 6 - Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond G, Baret K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2001 ; 27 (4) : 651-688.
- 7 - Phan O et al. Le projet INCANT. *Psychotropes* 2008 ; 14 (3-4) : 137-156.
- 8 - Obradovic I. Évaluation du dispositif des "Consultations Jeunes Usagers" (2004-2007). Saint-Denis La Plaine : OFDT, 2009 : 173.
- 9 - Bonnaire C, Couteron JP. Les consultations "Jeunes usagers", une expérience de prise en charge en addictologie. *Alcoologie et Addictologie* 2009 ; 31 (1) : 71-76.
- 10 - Phan O. La prise en charge des consommations de cannabis à l'adolescence. *Psychotropes* 2005 ; 11(3-4) : 53-63.
- 11 - Collectif. Mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives, et leur famille. Circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/2004/464, 23 septembre 2004.
- 12 - Rogers C. Le développement de la personne (1961). Paris : Dunod, 2005 : 270.
- 13 - Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville, MD : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992.
- 14 - Beck Aaron T, Wright Fred D, Newman Cory F, Liese Bruce S. Cognitive therapy of substance Abuse. New York : The Guilford Press, 1993.
- 15 - Jeammet P, Bochereau D. La souffrance des adolescents : quand les troubles s'aggravent signaux d'alerte et prise en charge. Paris : La Découverte, 2007.
- 16 - Guillieron E. Manuel de psychothérapies brèves. Paris : Dunod, 1997.
- 17 - Phan O, Lascaux M. Adolescents et entretiens motivationnels. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167 : 523-528.
- 18 - Chambon O, Marie-Cardine M. Les bases de la psychothérapie : Approche intégrative et élective. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2003.
- 19 - Phan O, Bastard Dagher N. Thérapies cognitives et comportementales de l'adolescent. In : Thérapies cognitives et comportementales et addictions. Rahioui H, Reynaud M. Paris : Flammarion, 2006.
- 20 - Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviours. *Progress in Behavior Modification* 1992 ; 28 : 183-218.
- 21 - Liddle HA. Conceptual and clinical dimensions of multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. *Psychotherapy* 1995 ; 32 : 39-58.
- 22 - Liddle HA, Rowe CL, Quille TJ, Dakof GA, Mills DS, Sakran E, Biaggi H. Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002 ; 22 (4) : 231-243.
- 23 - Liddle HA, Hogue A. A family-based, developmental-ecological preventive intervention for high-risk adolescent. *Journal of Marital and Family Therapy* 2000 ; 26 (3) : 265-279.
- 24 - Dennis ML, Babor TF, Diamond G et al. The Cannabis youth treatment (CYT) experiment: preliminary findings. A report to H. Westley Clark, Director Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services, 2000.
- 25 - Kaye K, Furstenberg FF Jr. Family development and the child. *Child Development* 1985 ; 56 (2) : 279-501.
- 26 - Sroufe L, Rutter M. The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 1984 ; 55 (1) : 17-29.
- 27 - Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1979.
- 28 - Minuchin S, Fishman C. Family therapy techniques. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1981.
- 29 - Haley J. Problem solving therapy. San Francisco : Jossey-Bass, 1976.
- 30 - Diamond G, Liddle HA. Transforming negative parent-adolescent interactions: from impasse to dialogue. *Family Process* 1999 ; 38 (1) : 5-26.
- 31 - Liddle HA, Saba G. On context replication: the isomorphic nature of training and therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 1983 ; 2 (3) : 3-11.
- 32 - Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992 ; 112 : 64-105.
- 33 - Brook JS, Whiteman M, Finch S. Role of mutual attachment in drug use: a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993 ; 32 (5) : 982-989.
- 34 - Thornberry T. Empirical support for interactional theory: a review of the literature. In : Delinquency and crime: current theories. Hawkins J, editor. Cambridge : Cambridge University Press, 1996 : 198-235.
- 35 - Liddle HA, Diamond G, Dakof GA, Arroyo J, Guillory P, Holt M, Watson M. The adolescent module in multidimensional family therapy. In : Family therapy with adolescent drug abusers. Lawson G, Lawson A, editors. Rockville, MD : Aspen, 1992 : 165-186.
- 36 - Liddle HA, Schawrtz R. Live supervision/consultation: pragmatic and conceptual guidelines for family therapy trainers. *Family Process* 1983 ; 22 : 477-490.
- 37 - Liddle H A. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: clinician's manual. Center City, MN : Hazelden Publishing Co, 2009.
- 38 - Liddle HA, Diamond G. Adolescent substance abusers in family therapy: the critical initial phase of treatment. *Family Dynamics of Addictions Quarterly* 1991 ; 1 : 55-68.