

Co-création du monde et alcoolisme

Bella Borwick

Résumé

Inclure des familles ou d'autres personnes influentes dans le traitement de l'alcoolisme est une procédure courante. Cependant, les philosophies auxquelles se réfèrent les thérapeutes familiaux ou les Alcooliques Anonymes ou les autres groupes d'entraide (self-help) diffèrent significativement. Cet article, inspiré par un paradigme systémique, présente un processus de traitement qui intègre ces deux influences. L'auteur propose un modèle thérapeutique qui décrit les étapes par où les patients, les familles et les thérapeutes peuvent passer pour co-créeer des contextes qui permettent l'émergence de nouvelles interprétations des relations. Nous discuterons également de la façon dont on crée un système de surprise lors du contact initial, de l'élaboration de la carte du système d'influence ainsi que de l'intégration des A.A. dans les interventions au cours des différentes phases du traitement.

Cet article décrit une façon de penser et de traiter l'alcoolisme. Sa conceptualisation s'appuie sur cette conviction de l'auteur : les individus peuvent se modifier si la thérapie est un processus de co-évolution et non de co-ercition. Afin de susciter un changement incluant la sobriété, le traitement nécessite la mise sur pied d'un contexte plus favorable à des attitudes d'affiliation qu'à des attitudes d'opposition. L'auteur examine les deux aspects spécifiques suivants :

1. les implications d'un traitement de l'alcoolisme articulé sur un paradigme systémique lié à une cybernétique de second ordre, et l'intégration de ce cadre

conceptuel dans la culture de cette thérapie ;
2. la description du processus thérapeutique et des interventions.

Cette approche thérapeutique résulte d'une expérience acquise au cours d'une pratique s'étendant sur quinze ans, exercée sur deux continents, dans des contextes variés (départements de psychiatrie ambulatoire, unités d'hospitalisation médicale et psychiatrique, communautés thérapeutiques, pratique privée, et médecine occupationnelle). La population traitée comporte aussi bien des personnes deshéritées que des célébrités.

Le processus du traitement ici décrit sera divisé en trois phases :

phase 1 : La Consultation ;

phase 2 : La Désintoxication ;

phase 3 : La Co-Evolution.

La discussion concernera avant tout les deux premières phases. Les résultats de la recherche au niveau de celles-ci, à partir d'un échantillon de clients belges, seront discutés plus loin.

Application des concepts systémiques à la culture des traitements anti- alcooliques

Le traitement de l'alcoolisme constitue une culture

en soi, avec un système de croyances qui régit tout autant le comportement des patients que celui des cliniciens; Jellinek (1952) a décrit l'alcoolisme comme une maladie; accepter cette désignation de l'American Medical Association est désormais le fondement de la plu-

L'alcoolisme comme une maladie

part des programmes thérapeutiques. Cette formulation en terme de maladie présente les avantages politiques et psychologiques d'offrir aux professionnels comme aux patients un cadre d'intervention ; à l'occasion, elle permet également d'encourager des patients sérieusement malades à rechercher un traitement destiné à sauver leur vie (on n'a jamais prouvé cependant, que la menace de problèmes de santé graves, ait pu constituer en soi une raison suffisante pour faire une demande de traitement). Quoique 85% de la population américaine considère l'alcoolisme comme une maladie, ce dernier terme n'a pas la même signification pour tout le monde (Shaffer, 1985). Les recherches dans les domaines de la génétique et de la biochimie ont renforcé de plus en plus la tendance à considérer l'alcoolisme comme héréditaire. Cela, ajouté à la prise de conscience croissante de ce que sait souvent l'alcoolique traduit au travers d'autres comportements chez les descendants adultes de parents buveurs, a conduit à l'attribution à la génération précédente de la responsabilité de l'alcoolisme, et d'autres problèmes connexes. En même temps, les restrictions légales envers ceux qui se montrent ivres en public, en particulier lorsqu'ils conduisent, indiquent qu'on leur reconnaît une responsabilité partielle de leur comportement. Si l'étiologie semble parfois obscure, l'image du traitement n'est pas beaucoup plus claire. Seule l'intervention des A.A. paraît consistante ; elle ne traite pas tant l'alcoolisme lui-même, qu'elle n'enseigne aux alcooliques une manière de vivre avec ce qui est défini comme un problème qui durera toujours. Elle

offre également aux individus un important réseau de soutien, ainsi que des preuves de succès. Une des forces des A.A. réside en ce qu'ils n'exigent pas de leurs membres qu'ils changent autre chose que leur comportement alcoolique ; de plus, ces derniers ont à accepter d'être ce qu'ils sont, et la façon dont ils le sont. Pour abandonner l'alcool, l'individu n'engage pas un combat régulier contre un pouvoir extérieur, mais lutte contre lui-même (Bateson, 1972).

Il me paraît nécessaire de souligner que les A.A. constituent un système très puissant ; en les rejoignant, l'alcoolique évite souvent d'être confronté à la nécessité de s'allier émotionnellement à d'autres systèmes importants, comme la famille. La plupart des patients reconnaissants envers les groupes A.A. expriment cependant la nécessité d'introduire un changement dans la philosophie qui les guident : il faudrait encourager, à un certain moment, le départ de leurs membres vers d'autres systèmes de soutien, sans que cela suscite de récriminations.

Si la plupart des programmes de traitement de l'alcoolisme n'intègrent pas le concept de " maladie ", plusieurs d'entre eux adhèrent d'une certaine façon à un modèle en douze étapes. C'est le cas de Shaffer (1986), Khantzian (1989), et Milkman (1985).

Le déni paraît constituer l'obstacle majeur à la recherche d'un traitement

Le langage transmis aux Etats-Unis par le mouvement de self-help à la culture de l'alcoolisme véhicule une vision explicative particulière : les familles sont décrites comme " dysfonctionnelles " ; leurs membres sont soit trop, soit pas assez responsables, et le comportement de l'alcoolique découlerait du fait qu'il descend lui-même de parents alcooliques. Le déni paraît consti-

tuer l'obstacle majeur à la recherche d'un traitement.

Ces descriptions de la façon dont les individus se comportent, lorsqu'ils sont confrontés pendant des années à des prises de boissons excessives, ont contribué de façon efficace à rompre le silence où ont été enfermés longtemps les alcooliques et leurs familles. Avertir les descendants de parents alcooliques du risque élevé de répétition du problème ou, même, mettre en évidence les rapports entre les difficultés de certaines personnes et l'alcoolisme de leurs parents, peut atténuer les sentiments de désespoir et de culpabilité et permettre de prendre soin de chacun. Que le mouvement de self-help ait créé une communauté qui, à l'occasion, déploie une ferveur toute évangélique, a parfois constitué un obstacle pour les patients comme pour les thérapeutes, lesquels préfèrent éviter ce mode de confession. Quoique la disponibilité des groupes de self-help semble apporter à la fois un soulagement et des informations, leurs explications tendent souvent à être uniformes et répétitives ; elles ne prêtent pas suffisamment attention au sens singulier du comportement pour tel individu, ou à l'effet réel des explications fournies sur un éventuel approfondissement de la compréhension de soi.

Il arrive que des loyautés cachées ou troubles envers la famille rendent toute affiliation à un autre système social " interdite ".

Une des raisons qui font que seul un nombre limité des patients en traitement, fasse appel aux A.A., est leur difficulté à établir **tout type** de relation. Il arrive que des loyautés cachées ou troubles envers la famille rendent toute affiliation à un autre système social " interdite ". L'intervention systémique pourrait être extrêmement riche pour le patient comme pour sa famille, si elle introduisait l'affiliation aux A.A., non comme un traitement

imposé (auquel on est obligé d'adhérer), mais comme une relation supplémentaire susceptible d'apporter un soutien. Ma stratégie avec de tels patients, ne vise pas à les mettre en relation avec les A.A., mais bien à examiner avec eux la façon de négocier cette relation. Pour cela, il est nécessaire d'inviter le responsable A.A. à certaines des séances conduites avec les membres de la famille ou avec le patient. La tendance de certains conseillers A.A., considéra la famille ou d'autres relations antérieures comme nocives, renforce encore la crainte de certains familiers, déjà soupçonneux à l'idée de s'associer de façon continue, à des " ivrognes ", même s'ils sont sobres.

Le contexte de traitement

L'objectif majeur des thérapeutes a été de créer un contexte de traitement qui préserve les aspects positifs des A.A. ou d'autres formes de self-help, tout en s'appuyant sur une relation privilégiant les ressources individuelles et familiales, plutôt que les valeurs des intervenants ou des organisations de soutien. Le traitement devrait concrétiser les cinq critères fondamentaux suivants :

1. créer un " espace de sécurité " (Havens, 1989) facilitant les échanges plutôt que les confrontations ;
2. parvenir à établir une compréhension mutuelle à l'aide d'une formulation du traitement acceptable pour l'alcoolique, pour son système de soutien et pour l'équipe thérapeutique ;
3. se rendre compte que, la famille ne pouvant probablement pas apporter tout ce qui est nécessaire, il faudra prendre en compte d'autres systèmes de soutien dès le début du traitement ;
4. se centrer sur l'idée que l'on va apprendre ensemble, bien plus que sur celle de délivrer un enseignement sur l'alcoolisme ;
5. aborder les conceptions erronées de l'alcoolique, de sa famille ou du thérapeute à propos des rôles masculins et féminins face à l'alcoolisme.

Créer un contexte de surprise

L'élément le plus frappant pour le thérapeute qui pénètre dans un système alcoolique, c'est le sentiment de prédictabilité. Les histoires et les explications se ressemblent, de même que les façons d'exprimer les désirs de changement. Curieusement, même les descriptions de la manière dont les familles ont vécu l'alcoolisme sont les mêmes. Quel qu'ait été le mode de relation initial, on constate que l'alcoolisme, en tant qu'acte répété, modifie la manière dont les individus réagissent les uns aux autres et dont ils orientent leurs relations. Une explication possible est la suivante : au sein du processus d'adaptation à la présence du " problème " et des efforts faits pour comprendre et pour superviser l'attitude alcoolique, l'éventail des comportements des membres de la famille va se réduire de plus en plus ; en effet, leurs réactions vont graduellement, de façon vraisemblablement inconsciente, s'adapter aux prémisses et aux suppositions qui maintenant les guident. Deux ritualisations apparaissent et se renforcent simultanément : l'une au travers de l'usage de l'al-

Deux ritualisations apparaissent et se renforcent simultanément : l'une au travers de l'usage de l'alcool, l'autre dans l'attitude des membres de la famille lorsqu'ils essaient de contrôler le comportement de l'alcoolique.

cool, l'autre dans l'attitude des membres de la famille lorsqu'ils essaient de contrôler le comportement de l'alcoolique. Celui-ci paraît avoir une vie propre ; les membres de la famille paraissent inconscients des manières dont eux-mêmes participent à l'accommodation à ce comportement. Typiquement, le patient qui boit inaugure la relation avec un thé-

rapeute en promettant une fois de plus ce que la famille attend de lui, ou ce qu'il est censé demander ; soit il va protester face aux descriptions exagérées de son alcoolisme, soit il fera des promesses répétées de sobriété. Si c'est un membre de la famille qui a demandé de l'aide au nom d'un proche qui boit, il exprime souvent un sentiment de découragement ou de colère. La réponse du thérapeute aura une portée critique : s'allier avec, ou contre, celui qui boit, ou banaliser la demande en traitant l'alcoolisme comme le symptôme signalant la présence de problèmes psychologiques sous-jacents, met souvent la future relation en danger. Accorder trop peu d'importance à l'alcoolisme peut entraîner des risques pour la vie des autres membres de la famille. Adopter une description de la réalité, par exemple celle faite par l'épouse sobre, et s'allier avec cette partie de la famille, maintient la validité d'un système qui, en réalité, exige deux séries de descriptions : cel-

Afin de rompre avec les déclarations rigides des membres de la famille, il est nécessaire de supprimer les conventions de traitement habituelles.

les offertes par l'époux qui boit et par celui qui est sobre d'un côté, et celle(s) du thérapeute ou de l'équipe thérapeutique de l'autre. Une forme de sagesse conformiste pousse souvent les professionnels de l'aide du côté des membres sobres de la famille. Nous préconisons une autre attitude chez le thérapeute. Afin de rompre avec les déclarations rigides des membres de la famille, il est nécessaire de supprimer les conventions de traitement habituelles. On peut ainsi trouver une manière d'empêcher les idées anciennes, ou les vieux systèmes de croyance, d'anéantir l'émergence de perceptions nouvelles. En mélangeant ce qui est prévu avec l'inattendu ou le non conventionnel, en faisant échouer les tentatives de la famille d'imposer une grille familiale ou

usuelle d'interprétation, on offre la possibilité de réviser les constructions mentales et d'élaborer d'autres modes de gestions des relations.

Pour accomplir ceci, le thérapeute va:

1. prendre une position de neutralité ;
2. traiter les problèmes : offrir un sens à l'action.

Neutralité: Montrer de la compassion mais ne pas prendre parti.

Défendre une position ouvertement neutre et non arbitraire envers l'abus d'alcool _ le thérapeute ne prendra parti pour personne _ a beaucoup d'impact mais est difficile à assumer. On n'est, bien sûr, jamais totalement neutre dans une situation mais on peut adopter une telle position, face à un conflit. En présence de familles aux prises avec un problème d'alcoolisme, où chacun souffre, prendre parti contre l'alcoolique, c'est répondre aux attentes de tous. Susciter une nouvelle compréhension des difficultés, qui rassemblerait autour d'elle tous les membres de la famille, y compris l'alcoolique désigné, nous paraît un point important. Cette réunion tenterait de " résoudre " les problèmes de chacun dans le système, ce qui entraînerait une réor-

Susciter une nouvelle compréhension des difficultés, qui rassemblerait autour d'elle tous les membres de la famille, y compris l'alcoolique désigné, nous paraît un point important.

ganisation des relations en une série d'alliances neuves, parfois temporaires. Considérer que toute souffrance au sein de la famille serait due à l'alcoolisme, sera alors remis en question.

Premier contact avec le problème

Les thérapeutes qui tentent de traiter l'alcoolisme doivent se montrer attentifs à la relation qui émergera du contact initial, voire même du premier appel téléphonique. Il est important de déterminer qui devrait participer à la rencontre thérapeutique et comment s'y prendre pour ranimer une volonté d'agir et renforcer la confiance en soi chez ceux qui demandent de l'aide.

Il n'a jamais été difficile d'" amener " des gens à ce traitement ; il est par contre moins aisé de maintenir la relation, et de mettre en place des objectifs réalistes (Feister et Rudestam, 1975). Ceci est partiellement dû au fait que la relation établie est inégale : la personne qui boit doit accepter de se soumettre à la volonté des autres afin d'être aidée. De plus, il semble y avoir dans ce contexte un contrat non-dit, stipulant qu'un individu ne guérira que s'il a préalablement reconnu l'abus de boisson et que s'il se soumet à une désintoxication ou abandonne son alcoolisme ; ensuite, chaque chose reprend sa place. Quoique les patients ou leur famille n'expriment jamais cela aussi clairement, notre formulation nous paraît proche de ce qu'ils pensent ; malheureusement, leur attente ne sera pas comblée. Il est plus aisé de devenir sobre, que de maintenir la sobriété ; en effet, la plupart du temps, aucun changement n'apparaît dans les relations avant la désintoxication et il n'y a pas eu de préparation à la situation qui s'instaurera ensuite. La probabilité de l'échec est plus grande encore si le patient s'est vu forcé à suivre le traitement lors d'une confrontation avec les siens, sans qu'on ait examiné en profondeur la façon dont le changement pourrait affecter sa vie de famille. Les thérapeutes sont à même de court-circuiter ce dilemme, en accordant d'abord leur attention aux comportements-réponses à

l'alcoolisme bien plus qu'aux actions du patient alcoolique ; ils identifieront la personne qui a demandé de l'aide par téléphone comme le " porteur du problème ".

Le porteur de problème

Si des membres du système se présentent au thérapeute ou à l'équipe thérapeutique en considérant qu'ils ont une difficulté, même si celle-ci consiste à vivre avec quelqu'un qui abuse d'alcool, la responsabilité et la solution ne sont plus du seul ressort de l'alcoolique. A aucun

l'intervention est proposée à quelqu'un qui est légitimement bouleversé.

moment, le thérapeute ne doit suggérer que l'alcoolisme est une solution de problèmes psychologiques sous-jacents. Il acceptera immédiatement les explications avancées par " la personne qui appelle " à propos de l'alcoolisme (celle-ci sera considérée par la clinique comme le patient identifié) pour des raisons liées aux assurances, afin de traiter d'abord les problèmes les plus urgents (peur que le partenaire alcoolique ne perde son travail, inquiétude à propos des enfants, questions concernant la sécurité).

Le fait de considérer plutôt quelqu'un d'autre que celui qui abuse de la boisson, comme " la personne en problème " résout un certain nombre de difficultés immédiates (Bowen, 1978). On peut ainsi éviter la confrontation avec un alcoolique qui n'a ni demandé de l'aide, ni identifié un problème. Par contre, l'intervention est proposée à quelqu'un qui est légitimement bouleversé. De plus, le thérapeute et " les patients " s'associent dans des tentatives de descriptions et dans la recherche de solutions. L'examen du rôle de l'alcoolisme et de l'alcoolique figurera parmi celles-ci mais fera partie d'un ensemble d'observations beau-

coup plus large. A la phase de consultation, nous démontrerons ultérieurement comment une telle intervention permet de redéfinir à la fois les relations et le problème.

Le rôle joué par le thérapeute ou par l'équipe thérapeutique est critique dans l'avancée de ce processus. L'alcoolisme est un sujet à prendre au sérieux, avec un souci d'urgence : on a observé chez les alcooliques de sexe masculin une fréquence plus élevée que dans d'autres types de population d'un passé de violence et d'abus ; les alcooliques déprimés - la dépression est un symptôme majeur associé à ces cas - commettent des suicides ou meurent de maladies physiques évolutives. C'est pour cette raison, et pour d'autres, que se concentrer sur une autre personne que l'alcoolique, peut paraître inquiétant aux yeux des professionnels de l'aide ; en particulier, les médecins conçoivent leur rôle comme étant de traiter le "malade" bien plus que sa parenté. Dans le traitement proposé ici, les thérapeutes rencontrent beaucoup plus rapidement l'individu alcoolique, et ont des possibilités d'intervention plus larges.

Une intervention en trois phases

La description de ce travail nous confronte au dilemme suivant : nous présentons la discussion d'un **modèle** alors que l'on est poussé à établir, de façon urgente, **une relation d'aide** pour des situations individuelles.

L'enseignement et la recherche clinique nécessite que le processus de traitement puisse être décrit, répété et testé lors d'un follow-up. La nécessité d'obtenir une rétroaction à notre action exige que nous organisions notre travail d'une certaine façon. Cette démarche nous servira de guide. Elle émerge du besoin de rendre "opérationnelles", au cours du traitement de ceux qui abusent de certaines substances, les idées récentes concernant le comportement humain. Nous

Le fait de désigner la première phase par le terme de consultation, aide à éviter ce dilemme et permet aux thérapeutes d'aborder spécifiquement l'intervention.

nous inspirons ici des travaux du biologiste Humberto Maturana (1987), des théoriciens de la communication, Pierce et Cronen (1980), des innovations ajoutées par Shaffer (1987, 1986, 1985), des constructivistes Von Foerster (1984) et Von Glasersfeld (1984), et des thérapeutes familiaux, Hoffman (1981), Boscolo (1980), Cecchin (1980), Tomm (1984) et Goolishian (1986).

Organiser le traitement en différentes phases évite dans un premier temps, d'avoir à se confronter au dicton selon lequel vous ne pouvez "traiter" les gens tant qu'ils boivent. Le fait de désigner la première phase par le terme de consultation, aide à éviter ce dilemme et permet aux thérapeutes d'aborder spécifiquement l'intervention. De plus, et ceci est important, cet abord encourage l'évolution de la relation vers des stades facilitant la demande de ceux qui ont besoin d'aide. Penser à un processus qui comporte différentes phases encourage les thérapeutes à rester attentifs à un certain nombre de "réalités" qui émergent lors de la réduction de la consommation de drogues altérant l'esprit. L'alcoolisme met un temps assez long à se développer ; diviser le traitement en différentes étapes, en consonance avec les périodes observées dans l'évolution de la vie de la famille en quête d'un traitement, offre un marqueur contextuel pour la famille comme pour les thérapeutes.

Certaines des idées décrites ici résultent d'erreurs préalables. Ces "auto-corrrections" sont particulièrement significatives, car elles reflètent les changements que les thérapeutes eux-mêmes doivent effectuer dans la structure de la relation qu'ils construisent avec leur patient. En effet ils pré-

sentent parfois une certaine inertie à anticiper son comportement ; ils peuvent même se montrer plus lents à comprendre le pouvoir potentiel qu'offre la prédiction des actes, des pensées et même des sentiments. Cette méthode utilise un certain nombre d'interventions qui permettent d'ouvrir ou de poursuivre provisoirement une voie plus structurée et plus claire, laquelle constitue un bon terrain pour l'expérimentation.

Ce travail s'appuyait au départ sur l'idée que les membres de la famille constituent l'élément le plus influent sur le maintien d'une orientation et d'un équilibre au sein des comportements dont l'alcoolisme fait partie. La nécessité de prendre en compte les "contraintes" imposées par les employés, les collègues et même par la culture de certaines entreprises - car elles tiennent un rôle important dans la vie de l'alcoolique - s'imposa au travers du processus thérapeutique.

Dans cet article, nous discuterons de façon approfondie des deux premières phases, mais nous ne décrirons que brièvement la troisième. Ce qui nous paraît essentiel, c'est la relation créée par le thérapeute avec les familles de sujets abusant d'alcool ; la première intervention sera centrée sur la mise en place du traitement, car c'est alors que s'établissent les positions que le système, la famille et l'équipe thérapeutique adopteront dans les contacts futurs, entre eux aussi bien qu'avec les systèmes extérieurs.

Première phase : consultation

Le but de la "phase un, de consultation", est de faire le tri d'un certain nombre de problèmes ; le plus important réside dans la

elle devient le centre de la consultation, le "patient identifié" si l'on veut;

façon d'engager dans un traitement, un système dont un des membres est alcoolique. En effet, il faut arriver à éviter les confrontations hostiles, les ruptures par reniement ou l'obligation d'une abstinence totale pour commencer le traitement. Ce cadre théorique exige de chacun un changement au niveau de ses relations avec les autres ; des interventions s'appuyant sur le pouvoir, la hiérarchie ou le diktat professionnel, créent un "havre de paix" permettant un renouvellement des perceptions et des échanges.

Lors de cette première phase de traitement, le thérapeute utilise les stratégies suivantes :

- la consultation est accessible à toute personne qui le demande.

Comme celle-ci recherche un traitement - le plus souvent au nom d'un membre de la famille - elle devient le centre de la consultation, le "patient identifié" si l'on veut;

- celui qui appelle définit le problème ("mon mari boit"); il est encouragé à décrire, non pas le comportement de prise de boisson en lui-même, mais les aspects qui ont émergé depuis l'apparition de l'alcoolisme et qui dérangent les membres de la famille ; la discussion peut s'élargir jusqu'à porter sur des collègues de travail;

- la personne qui téléphone est encouragée à déterminer une ou plusieurs aires de difficultés auxquelles la famille est fréquemment confrontée, et pour lesquelles elle a besoin de trouver des solutions immédiates. Le thérapeute établit le contrat du traitement à partir de ces noyaux problématiques;

- des informations sont recueillies à propos des autres membres impliqués dans la situation : qui d'autre partage cette inquiétude ? La personne désignée comme "patient identifié" est invitée à venir, et à demander à la famille toute entière, y compris le partenaire alcoolique, de l'accompagner. L'entretien téléphonique initial dure rarement plus de dix minutes ; il y est question de l'alcoolisme, sans focalisation sur l'alcoolique. Il est habituellement nécessaire de discuter plus longuement de la prise de boisson au cours de la première séance, que le partenaire abusant d'alcool soit présent ou non. (Le thérapeute

peut également récolter des informations concernant la condition physique de celui qui boit, aussi bien que de l'abstinant). Le langa-

Le thérapeute précisera que l'époux décrit comme alcoolique est là pour aider, et non pas pour être repris ou blâmé.

ge utilisé doit être choisi avec prudence pour éviter de tomber dans des descriptions de comportements stéréotypés ; il est important de demeurer attentif aux mots utilisés par la famille ; leur effet sert parfois à maintenir certaines façons d'agir, l'alcoolisme en particulier;

- les personnes qui lancent ces appels se présentent en général à leur rendez-vous. Elles amènent leurs partenaires ; sept femmes sur dix se font accompagner par leur mari à la première séance; quatre sur dix se présentent avec certains de leurs enfants. Le choix de **ne pas** amener quelqu'un, a toujours un sens;

- la première séance sera consacrée à celui qui a demandé de l'aide. Le thérapeute précisera que l'époux décrit comme alcoolique est là pour aider, et non pas pour être repris ou blâmé. Malgré tout, ce dernier attirera fréquemment l'attention sur lui, en annonçant qu'il est vraisemblablement le responsable, et qu'il ne peut rien faire à ce propos ; il pourrait également reprocher aux autres de le blâmer pour des problèmes qui sont en réalité créés par sa femme, par la famille de celle-ci, ou par eux tous ensemble ;

- l'objectif est d'offrir une assistance à celui qui est venu pour être aidé. Le thérapeute fera quelques commentaires directs ou des suggestions à propos de la boisson, mais utilisera un questionnement circulaire (Selvini-Plazzoli et coll., 1980, Tomm, 1985) qui lui permettra de vérifier des hypothèses concernant les alternatives possibles;

- la phase de consultation offre la possibilité de visualiser l'ampleur

de l'influence prise par le problème sur la vie des membres de la famille ; une première évaluation peut ainsi avoir lieu. Celle-ci permet de déterminer la gravité de la dépendance, la présence éventuelle d'autres symptômes physiques ou d'autres types de dépendances (chez tous les membres de la famille) ; grâce à ces informations, on pourra déterminer le choix de la méthode de désintoxication. Le thérapeute peut également vérifier si les allusions faites à la boisson sont destinées à préciser le type d'alcoolisme ou font partie intégrante d'un jeu spécifique du couple (Palazzoli, 1970);

- lorsqu'on évalue un jeune envoyé par ses parents ou par l'école, il est important de déterminer, lors de ces séances initiales, si on a essentiellement affaire à un problème de dépendance, ou s'il agit plutôt d'une forme de comportement adolescent qu'on a désigné sous le terme d'alcoolisme. Il faut tenter de comprendre la signification de ce choix comportemental, et les effets qu'il a sur la famille et sur d'autres systèmes signifiants.

Cette première phase n'aboutit pas toujours à un traitement ultérieur. En effet, une prolongation des consultations semble être suffisante pour un certain nombre de patients. Quant à l'auto-guérison, elle est souvent négligée dans les discussions à propos du traitement ; en effet, les thérapeutes se méfient de la certitude proclamée par la majorité des patients selon laquelle il est en leur pouvoir d'arrêter de boire, de rester sobre, et d'introduire des changements majeurs dans leur vie dès qu'ils le choisissent. Une désintoxication supervisée, préparée de façon appropriée, et un follow-up semblent être nécessaires pour des buveurs invétérés aussi bien que pour des alcooliques récents, membres de systèmes rigidifiés. Cependant, dans le cas d'un certain nombre de personnes venant chercher de l'aide, nos premières interventions peuvent éveiller au sein de leur système, une force vive suffisante pour faire de l'auto-guérison un objectif réaliste. Un faible pourcentage de patients

Une configuration de rituels, qui concourent à l'insertion de l'alcoolique dans les différents systèmes, émerge lors de ces entretiens.

quitte le traitement, souvent pour y revenir plus tard, en demandant une désintoxication ou en annonçant que le partenaire alcoolique est en désintoxication et qu'ils voudraient revenir en consultation à nouveau, après la fin de sa cure.

Le fait de prolonger cette phase de consultation est parfois inconfortable pour la famille, qui peut alors recourir à une désintoxication indépendamment, le plus souvent durant le week-end ; les membres de la famille en informeront l'équipe thérapeutique le lundi, en disant qu'ils ont eu une " crise " et que, dès lors, ils ont décidé de faire avancer les choses.

Une configuration de rituels, qui concourent à l'insertion de l'alcoolique dans les différents systèmes, émerge lors de ces entretiens. L'introduction de contre-rituels pouvant servir de liant et produisant par eux-mêmes un changement s'avère une forme d'intervention utile.

On pourra à un certain moment discuter des risques liés à la rupture des relations très structurantes développées par la famille autour de l'abus de boisson. Il est dangereux de laisser les familles dans l'ignorance des modifications apparues pendant la période d'alcoolisme, ou de prétendre que tout changement ultérieur sera bénéfique. Les conceptions individuelles et collectives à propos de l'avenir -et des rôles que chacun désirerait y tenir- peuvent être explorées à l'aide de questions avancées sous forme d'hypothèses sur le futur (Penn, 1985).

Le succès de cette phase peut être mesuré par le changement dans

Que faire avec les patients qui n'ont pas de famille ?

les explications avancées à propos de leur comportement par les membres du système. Un autre indicateur d'évolution réside dans le fait que les actions ne suivent plus la direction jusque là typique dans la famille. Les thérapeutes travaillant avec ce type de population doivent réévaluer constamment leur compréhension de la situation, afin de percevoir l'effet de leur propres relations avec le système.

Il serait utile de s'arrêter ici un instant, pour évoquer certaines situations plus que familières à ceux qui traitent quotidiennement de problèmes de boisson. Que faire avec les patients qui n'ont pas de famille ? Le patient peut être amené ou envoyé par un parrain A.A., adressé par un service d'urgence, pour désintoxication, avant même l'évaluation de tout autre symptôme. Une anamnèse minimale, si elle peut être faite, décèlera les syncopes périodiques, l'anémie, le delirium tremens, ou la présence d'un foie hypertrophié.

Une discussion ultérieure révélera à coup sûr la dépression, une histoire d'abus physique ou

il y a presque toujours quelqu'un dans leur vie.

sexuel (souvent par un parent), et la brouille avec l'époux, la fratrie ou avec d'autres membres de la famille. Que faire alors ? Il est certain qu'on ne peut refuser un traitement de soutien de base, en attendant que d'autres conditions, comme la présence des membres de la famille, soient remplies. En même temps, la menace d'un déclin de santé ou d'une mort rapprochée, n'est pas suffisante pour amener des alcooliques à s'impliquer dans un traitement, même s'ils sont à un stade avancé. Prétendre que personne n'est intéressé ou ne se sent impliqué par leur problème, ne nous paraît pas convaincant : il y a presque toujours quelqu'un dans leur vie ; quel que soit leur lien avec ces personnes, il est important de les

impliquer, même si elles ne répondent pas à notre vision traditionnelle de " la famille ". Certains patients ne désirent pas qu'on avertisse les leurs ; les raisons qu'ils en donnent sont un thème à aborder au cours de la thérapie. Il est certain que la participation de parrains A.A. ou de connaissances, quel que soit le type de contact qu'ils entretiennent avec le patient, rend le traitement différent, en y ajoutant le vécu du processus qui se dégage de ces relations. Accepter l'affirmation du patient que " personne, ni dans la famille, ni en dehors d'elle, ne s'intéresse à lui ", c'est souscrire également à sa définition de ses relations. On adhère ainsi à cet énoncé bien souvent vide : " j'ai à faire

Perdre ses compagnons de beuverie est parfois traumatisant si le contexte social se réduit à eux.

cela tout seul ". Personne ne peut faire " cela " tout seul ! Parmi les raisons prévisibles qui font refuser aux patients le traitement, nombreuses sont celles qui ont à voir avec les membres de la famille ou avec d'autres personnes, même si leur influence demeure discrète. Les alcooliques sont souvent bien plus embarrassés par les implications et les attentes associées à la sobriété, que par les risques de dégradation de leur santé, même si leur vie est en jeu : pour beaucoup d'entre eux, abandonner l'alcool, c'est perdre le contrôle au profit de leur famille, de leurs employeurs ou même du système médical.

L'alcool, même si l'on reconnaît le danger qu'il présente pour la vie, procure une sensation de pouvoir, le sentiment de se prendre en charge et d'être capable de décider, sans devoir assumer de responsabilités. Perdre ses compagnons de beuverie est parfois traumatisant si le contexte social se réduit à eux. Par ailleurs, la peur de devoir se prendre en charge et se gérer soi-même au niveau social existe également.

Reconnaître que la vie ne sera jamais aussi belle qu'on le désirerait, même si l'on arrête de boire, n'est pas toujours évident; il est en partie vrai que certaines choses sont plus faciles à supporter dans les brumes de l'alcool que sous l'éclairage apporté par la sobriété. Si vous avez été élevé dans un ménage où il était habituel de boire, ce qui est souvent le cas de l'alcoolique, et si être ivre autorise certaines libertés, de telles expériences précoces peuvent devenir trop prégnantes pour permettre l'abandon de ce symptôme. De plus, si votre tolérance à l'alcool diminue, si le nombre de verres paraît n'influencer que modérément vos comportements ultérieurs et si l'abandon du rôle de l'alcoolique exige une renégociation de la plupart de vos relations, laisser tomber ce qui vous paraît les nourrir constitue un grand risque. Il en est de même si vous êtes déprimé et si l'alcool vous a aidé à un certain moment, s'il vous permet de vous sentir mieux dans votre peau (plus chaleureux si vous êtes froid, moins conscient de l'isolement total lorsque vous êtes seul), et si dans tous ces cas vous ne savez pas ce que vous pourriez faire d'autre.

La confrontation est rarement utile à ce stade de l'intervention. Selon nous, l'individu qui boit devrait entrevoir, dans le présent, de petites fenêtres qui s'ouvrent sur un monde auquel il peut s'imaginer participer. Dans notre expérience, prescrire la sobriété comme solution débouche le plus souvent sur des ruptures de contrats.

Un point essentiel au cours de cette phase est la nécessité d'identifier et de comprendre le rôle des individus qui influencent la vie de l'alcoolique, et des autres membres de la famille ; ces relations ne sont pas forcément évidentes, ni pour les participants, ni pour les thérapeutes. Pour représenter ce réseau relationnel, nous faisons usage d'un " schéma du système d'influence ".

Schéma du système d'influence

L'idée de tracer le schéma du système d'influence avec nos patients est née de notre préoccupation d'identifier et de comprendre le rôle et l'influence des alcooliques ; de plus, nous avons besoin d'un cadre permettant d'étudier les relations plus discrètes, et de recueillir des informations moins apparentes. L'intervention est fondée sur notre conviction que les individus agissent en fonction de leurs idées sur le comportement : elles dessinent une " carte mentale " qui orientera celui-ci, et influencera la façon de se gérer soi-même au sein des relations.

Aristote prétendait que " la pensée est impossible sans l'image ". Nous considérons que les images " à partir desquelles nous pensons " constituent la base de nos perceptions ; elles sont les constructions mentales qui guident notre comportement. Parmi ces " cartes mentales " se trouvent également des perceptions passées de mise. Cependant, si ces dernières s'articulent sur des " vérités " et des influences qui grèvent les images qui guident nos actions, il sera difficile de discerner les perceptions récentes de celles qui sont anciennes. La carte est, en quelque sorte, un véhicule qui permet un voyage d'exploration à l'intérieur de soi-même et qui rend possible des connexions dans l'esprit ; elle offre un cadre pour comprendre les associations d'images et permet de découvrir de nouvelles explications.

L'emploi de cette carte mène avant tout l'individu hors du langage.

L'emploi de cette carte mène avant tout l'individu hors du langage, c'est-à-dire des explications linguistiques linéaires, pour l'o-

rienter vers des explications circulaires et associatives. Le monde des images ainsi évoqué sera ensuite examiné avec l'équipe thérapeutique ou avec la famille, en fonction du contexte choisi.

Si l'on émet l'hypothèse que **chaque** membre de la famille possède un système d'influence (y compris l'individu désigné par le système comme étant alcoolique), on peut s'y référer pour des problèmes liés à l'alcoolisme. La notion de " système basé sur un problème " a été décrite dans la littérature récente (Goolishian 1986, Hoffman 1981). Les personnes qui participent à un problème existant sont considérées comme les créatrices d'un système dont l'objectif est de gérer cette difficulté.

Nous pensons qu'il serait intéressant d'arriver à identifier quels sont les individus ou les attentes qui pourraient avoir un certain impact sur le comportement présent. Nous sommes dès lors intéressés par toute personne à qui la famille parle, à qui elle se plaint, ou dont l'avis et l'opinion ont une certaine valeur; nous intégrons ici les sujets qui ont eux-mêmes un problème de boisson. Ils peuvent être très éloignés ou même ne plus faire partie de la vie d'un membre de la famille, tout en servant encore de pôle de référence important ; leur impact est d'autant plus grand et plus difficile à déterminer qu'il est plus flou et moins accessible à une réévaluation. En tentant d'explorer ce système au cours de l'intervention destinée à tracer la carte, les thérapeutes apprennent le sens attribué par les membres de la famille à ces relations passées et présentes. Pour obtenir leur représentation de la " carte " du système d'influence, nous leurs demandons de faire un dessin, de mettre sur papier des éléments concernant les gens qui ont eu de l'influence pour eux.

faire un dessin, de mettre sur papier des éléments concernant les gens qui ont eu de l'influence pour eux.

Le dessin est symbolique en ce sens qu'il peut comporter des bâtonnets, des figures géométriques ou des objets qui ont un rapport avec le sujet. Nous y voyons par exemple, des armes ou des navires de guerre pour suggérer la violence, de la pluie pour indiquer la tristesse, ou un soleil pour représenter des moments heureux ; des maisons, de l'eau, des arbres sont souvent dessinés pour évoquer le foyer, la distance, etc. Ce dessin ne doit pas être pris au sens littéral. (Sa signification émergera de la discussion ultérieure.) Les instructions sont données verbalement, et nous préférons ne pas montrer d'exemples car nous risquerions de les voir utilisés comme modèles au détriment d'une exploration plus personnelle. Il faudra clairement préciser que ceci n'est pas un test, qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, et que des explications émergeront de la discussion qui suivra. Bien dessiner n'est pas un facteur qui compte ; cela risque même d'être un handicap si l'attention du sujet se porte plus sur la présentation que sur les images qui sont dans sa " tête ", et qui ont ensuite à descendre jusqu'à la feuille de papier.

Instructions pour tracer la carte

Chaque participant reçoit deux grandes feuilles de papier-journal, une feuille blanche pour le " propre ", et deux ou trois feutres de couleurs (la couleur est souvent utilisée pour exprimer les émotions). Il disposera de quarante-cinq minutes approximativement et fera son dessin seul (l'expérience a montré que si l'on permet de faire ce même travail à la maison, on risque d'obtenir des cartes construites en groupe, ou de ne rien voir venir). La discussion ultérieure aura lieu soit en présence de tout le monde, soit avec une seule personne, selon les besoins des membres de la famille.

Une bonne méthode consiste à mener des consultations séparées, et à voir ensuite si la famille accep-

Une bonne méthode consiste à mener des consultations séparées, et à voir ensuite si la famille accepterait aussi de partager ses commentaires sur les cartes.

terait aussi de partager ses commentaires sur les cartes. Dans ce dernier cas, un membre de l'équipe thérapeutique devrait être présent à la rencontre, afin d'animer la première discussion. S'il n'y a pas assez de temps pour terminer le travail, il vaut mieux garder les cartes dans le bureau jusqu'à la séance suivante afin de poursuivre la première exploration avec tout le monde. Les cartes peuvent être fixées au mur ; les participants ont alors la possibilité de les regarder à l'aise, de les décrire ou de poser des questions aux autres membres.

Le ou les thérapeutes amorcent la discussion en interrogeant le propriétaire du dessin analysé : il(s) lui demande(nt) de raconter quelque chose à propos de ce qui est sur le papier (" racontez-nous une histoire à propos de votre carte "). Chacun aura un certain temps de parole au cours duquel les interruptions seront réduites au minimum ; il est pourtant parfois utile de faire des observations, en particulier si le narrateur invite à faire des commentaires. Comme dans tous les autres types de thérapie, les interruptions jouent ici un rôle important dans le processus; elles doivent donc avoir un sens. A la fin d'une explication ou d'une histoire à propos d'une carte, le thérapeute peut poser des questions ou émettre des remarques sur le discours qui vient d'être fait. (A cette étape-ci, les interprétations s'avèrent plus utiles si elles sont simples.)

Les cartes ont des fonctions multiples : elles permettent aux individus d'observer les relations et d'accéder à des informations qu'ils possédaient jusque-là de façon non consciente ; ils pourront de plus évaluer les construc-

elles permettent aux individus d'observer les relations et d'accéder à des informations qu'ils possédaient jusque-là de façon non consciente.

tions mentales qui, même si elles ont déjà été examinées antérieurement, ne l'ont certainement pas été de cette manière-là. Les cartes indiquent également les personnes utiles à intégrer dans le traitement, et la manière de les y impliquer. Elles mettent à la disposition du système patient-thérapeute des métaphores qu'ils ont " découvertes " ensemble, un langage commun, familier aux autres membres du système, qui constitue un raccourci pour décrire un aspect de la vie du patient.

Deuxième phase: désintoxication

Si la désintoxication intéresse le demandeur initial, l'alcoolique et les autres personnes impliquées, il faudra alors en discuter les objectifs et les attentes spécifiques. Une désintoxication se prépare. On ne connaît pas d'agent désenivrant établi qui annulerait les conséquences corporelles de l'alcool sur la pensée et sur la coordination motrice : aucun n'est sûr, et tous présentent des dangers par eux-mêmes ; les antagonistes opiacés n'affectent ni l'intoxication alcoolique, ni les tendances à éviter de boire.

Beaucoup d'alcooliques peuvent se désintoxiquer seuls. Pour ceux qui boivent depuis longtemps et qui sont détériorés sur le plan physique, une désintoxication en institution, supervisée médicalement est nécessaire, afin de prévenir l'apparition soudaine de traumatismes physiques. Pour d'autres, une désintoxication en institution peut également constituer un repère ritualisé qui peut être tenu pour un marqueur de changement.

Nous voudrions souligner que l'abstinence résultant de l'évitement contrôlé de la substance toxique, doit être considérée comme un moment de transition, un début à gérer par soi-même. (Si cette attitude était confondue avec une " réelle " sobriété, on risquerait de compter sans cesse sur l'extérieur pour contrôler la prise de boisson.)

Le temps de désintoxication est une période importante pour celui qui boit. Vers le troisième ou le quatrième jour, il sera possible d'établir avec lui une conversation, ou de le voir mener une réflexion sur lui-même. Cependant, un buveur impénitent restera mentalement " confus " et souffrira physiquement pendant plus longtemps ; malgré cela, les patients bénéficient dès ce moment-là de discussions avec les membres des équipes thérapeutiques et hospitalières. Il est plus que probable que ces services introduiront leurs patients chez les Alcooliques Anonymes, ce qui nous paraît positif. Ce nouveau contact amènera des différences dans leurs comportements en les intégrant dans un autre cadre d'explications. Par dessus tout, les A.A. offrent au patient en voie de guérison un réseau de soutien qui sera d'une grande valeur pour le futur.

Il nous paraît utile d'organiser au moins une séance avec la famille, dans la chambre du patient, avant qu'il ne quitte le service hospitalier.

Il nous paraît utile d'organiser au moins une séance avec la famille, dans la chambre du patient, avant qu'il ne quitte le service hospitalier. Cette rencontre permettra d'évaluer une dernière fois les pièges potentiels, avant que le convalescent ne retourne chez les siens. Les thérapeutes peuvent annoncer à ce moment-là, les types d'événements susceptibles de surgir dans le couple, au niveau des enfants, de la famille ou de toute autre personne impliquée qui tenterait d'intervenir après le retour ; ils montrent les

relations entre eux et avec le processus de guérison. C'est le moment où les familles risquent le plus de prendre des décisions précipitées.

Peut-être ceci est-il dû au fait qu'après avoir tant investi dans la guérison, la réalité paraît décevante et apporte un choc brutal. La modification des rôles de chacun, qu'on se l'impose ou qu'on se contente de l'anticiper, paraît désagréable à certains, ou à tous. Les familles ont à leur disposition quatre types de solutions à leur malaise:

a) parler de la nécessité d'une séparation, soit au sein du couple, soit par rapport au " convalescent ", lequel est vécu comme fort dérangeant, au moins par une partie de la famille;

b) un accident grave ou une maladie peut frapper un membre de la famille. Il est souvent question d'hospitalisation ou de convalescence. Ceci offre à la famille un patient temporaire autour duquel elle doit s'organiser, et qui lui redonne le sentiment d'avoir un objectif commun;

c) l'introduction d'un nouveau membre à l'intérieur de la famille ou l'établissement de liens avec un nouveau système extérieur permet à chacun de différer le processus difficile de la reconstruction. Le système étranger peut être les A.A.;

d) un accident de grande ampleur pourrait exiger l'énergie de tous les membres de la famille pendant un certain temps.

La plupart des thérapeutes expérimentés peuvent anticiper les remèdes les plus drastiques en fonction du degré de désespoir de la famille ; ils suggèrent que, puisque toute les familles paraissent vivre d'une même façon le processus de guérison, il faut donc s'attendre à une de ces solutions. Les intervenants créent alors un lien thérapeutique en évoquant les quatre choix " faits par la plupart des familles " et en demandant de choisir celui qui, le

plus vraisemblablement, sera choisi ; ainsi, chacun pourra déjà s'y préparer à l'avance. Ou bien, ils proposent à la famille de choisir (ou de prétendre choisir) celle de ces quatre possibilités qui leur semble la plus facile à gérer.

Les intervenants créent alors un lien thérapeutique en évoquant les quatre choix " faits par la plupart des familles "

Si le traitement n'a pas bien marché jusqu'ici, les membres de la famille seront très positifs et pleins d'idées. Si, au contraire, tout va bien, ils vont s'inquiéter à propos de ce à quoi il leur faut encore s'attendre. Les familles espèrent toujours que la désintoxication et la sobriété temporaire qui va de pair, vont durer éternellement si chacun est " bien " intentionné. Leur désir de mettre tout cela " derrière eux " amènera les membres de la famille à annuler, ou à arrêter, les rendez-vous. L'obligation, pour tous, de passer par cette nouvelle relation est parfois extrêmement pesante.

Chacun va mettre un maximum d'énergie dans le maintien de la cohésion familiale afin de préserver cet espoir d'un renouveau. Quand et comment faut-il mener la thérapie ?

Norman Zinberg (1986) affirme de façon convaincante que les patients récemment désintoxiqués se sentent vides et ont surtout besoin d'être remplis. La thérapie individuelle comblera ce manque si elle veille à ne pas éloigner le sujet, ni des siens, ni des A.A. La famille et le couple tirent également bénéfice des consultations régulières ; ils y discuteront le plus souvent d'événements quotidiens qu'ils ont gérés, de changements de rôle et d'espoirs non concrétisés.

Les émotions de la famille oscillent entre différents niveaux d'intensité qu'il faut examiner.

Les émotions de la famille oscillent entre différents niveaux d'intensité qu'il faut examiner. Il est utile de voir régulièrement le couple seul. En m'appuyant sur les résultats obtenus dans mon étude sur les fratries dont un parent boit, j'ai pris l'habitude de voir le sous-système fraternel à chaque phase du traitement. Dans ces familles où, en général, les frontières hiérarchiques sont floues et les rôles confus, il paraît adéquat de créer pour les enfants une distance marquée entre eux et leurs parents au cours du traitement. L'équipe thérapeutique encouragera ainsi les plus jeunes à explorer leur rôle, et à examiner ce qui se passe lorsqu'ils adoptent des rôles plus appropriés à leur âge et à leur place dans la famille. Les enfants qui ont eu à tenir des rôles parentaux ou parentifiés, parfois décrits comme sur ou sous-responsables, ne sont pas toujours prêts à (ou ne savent pas comment) abandonner le pouvoir qu'ils ont gagné, même si le prix en a été douloureux. Ces séances leur offrent également la possibilité d'explorer ce qu'ils peuvent apprendre les uns des autres et comment ils peuvent collaborer en formant une équipe.

La rechute est un autre sujet à traiter ; on peut la décrire comme faisant partie du processus de guérison, comme une manière dont le membre en voie de guérison et la famille se testent. La rechute peut aussi être présentée comme liée au choix " erroné " de l'objet d'une " supervision familiale infaillible ". Une autre méthode est parfois utilisée : envisager directement le fait de boire. Boire se verra attribuer une signification spéciale pour la famille, qu'elle seule connaît, mais dont-elle est inconsciente ; une des tâches imposées aux membres de la famille sera de tenter de découvrir ce que cela symbolise. Bien entendu, on ne peut prendre à la lettre toute information indiquant une récurrence de l'alcoolisme.

Phase trois: co-évolution

Réseaux et ateliers

J'utilise deux interventions trop longues pour les décrire ici. La première s'appuie sur le réseau et l'atelier d'accompagnement : ceux-ci sont destinés à offrir un contenant à la famille pendant sa période critique. La deuxième intervention se situe sur le lieu de travail, si les patients ont un emploi.

Le réseau a été développé dans un double but ; il joue le rôle d'un système de soutien lorsque le sujet refuse les A.A. ; il offre également à toute la famille une ressource qui tient compte de l'individu, aussi bien que des relations qui le soutiennent. En deux mots, chaque membre est invité à amener une personne pour son soutien personnel au réseau ; les relations sont discutées et négociées au sein de l'atelier et des rencontres, y compris celles avec l'équipe thérapeutique.

Le réseau,
qui met en place
des rituels,
est généralement
prescriptif.

Le réseau est établi au début ou au milieu de la phase de désintoxication ; il fait le lien entre les traitements en institution et ambulatoires. Il permet aux membres du système d'établir des relations différentes, sans qu'ils aient à superviser une éventuelle rechute. Le réseau, qui met en place des rituels, est généralement prescriptif. Il intègre des parties du système d'influence. Nous avons trouvé que le réseau/atelier offre, durant le séjour à l'hôpital, la possibilité à tous les participants de commencer à réfléchir aux relations futures.

Prendre en compte le lieu de travail est une chose essentielle : le réseau des collègues est aussi difficile à modifier que la famille.

Femmes et alcoolisme

La culture qui imprègne les traitements de l'alcoolisme a jugé les femmes très durement. Un homme qui boit avec excès sera critiqué mais pas rejeté ; on considérera par contre qu'une femme dans le même cas se comporte d'une façon inappropriée. Si la loi ne juge pas une femme violée comme également responsable, ses voisins, eux, vont probablement la désigner comme telle.

La dépression, quoique généralement associée à l'alcoolisme, est rarement étudiée avec suffisamment d'attention par les professionnels. Les femmes évoquent pourtant, bien plus souvent que les hommes, l'état qui précède l'alcoolisme. La dépression des femmes, qu'elles boivent ou non, n'est pas prise suffisamment au sérieux. On la considère la plupart du temps comme un état émotionnel associé à la condition féminine, qu'on attribue à la période pré-menstruelle, à la ménopause ou à d'autres aspects féminins. On ne remarque pas assez souvent le lien entre les attentes sociales des femmes, la dépression et l'automédication.

Les femmes alcooliques
sont perçues
plus fréquemment
que les hommes
comme négligentes,
voire même immorales.

Quoiqu'elles tendent à rechercher un traitement pour leur alcoolisme bien plus tôt que les hommes (Goodwin, 1987), celles qui ont une dépression " soignée " à l'alcool ne guérissent pas aussi facilement. Cet alcoolisme est rarement diagnostiqué comme étant lié à un état pré-existant ; on a plutôt tendance à généraliser à partir de la " condition de la femme ". Puisque, dans notre culture, elles sont habituellement chargées des responsabilités primaires, de la gestion du mariage et des enfants, les femmes alcooliques sont perçues plus fréquemment que les hommes comme négligentes, voire même immorales.

Le langage des groupes d'entraide s'est laissé imprégner par les conceptions des traitements traditionnels à propos des femmes qui abusent d'alcool. Les termes repris ainsi sont nuisibles aussi bien qu'inacceptables. La femme se présente volontiers comme co-dépendante ou sur-responsable, usant à son égard de descriptions négatives bien plus couramment employées pour évoquer le comportement féminin que le comportement masculin.

Résumé

Cette étude traite d'un certain nombre d'interventions développées en consultation avec les alcooliques et leur famille. Leur objectif est d'explorer le sens de ce comportement, en référence au paradigme de la seconde cybernétique. L'auteur montre la nécessité de porter une attention spéciale aux différentes phases du processus de l'intervention, et de tenir compte, dans le traitement, de tous les systèmes, y compris celui de l'individu. Les thérapeutes doivent pouvoir montrer de la constance, de la patience, de l'attention et une discipline intellectuelle et émotionnelle ferme pour persévérer. Le soutien de l'équipe, des groupes de pairs ou de supervision, s'avèrent fort utiles. L'aide

que peut apporter l'humour n'est pas à négliger non plus !

Les études de follow-up ont été menées pour les deux premières phases du traitement, en référence à un groupe de contrôle. Les facteurs examinés sont:

1. la sobriété totale pendant six mois après la désintoxication et,
2. l'adhésion au traitement.

Dans le premier groupe, 62% de 150 patients reçus dans un service de consultation psychiatrique, qui ont été hospitalisés pendant trois semaines pour désintoxication (ceci est la durée habituelle d'une hospitalisation en Belgique), sont restés sobres après la période prescrite. Dans le second groupe suivi, il n'y a pas eu d'abandon de traitement après la première consultation. Tous les patients qui ont contacté l'équipe thérapeutique ont participé à une période de consultation allant de trois jours à trois semaines, et ont ensuite suivi pendant trois semaines une cure de désintoxication en hôpital; ils sont toujours en contact avec l'équipe thérapeutique au moment du follow-up, six mois plus tard. Les résultats de ces études sont décrits dans l'article de Bella Borwick et Jean-Paul Rousseau paru en 1988: "Integrating outpatient and inpatient treatment" (l'intégration du traitement ambulatoire et hospitalier).

*** Traduction de " The co-created world of alcoholisme ", Journal of strategic and systemic therapies. Traductrice : E. Goldbeter.**

**** Anciennement Directrice de l'unité de thérapie et de recherche pour les familles et les couples, département de psychiatrie. Université catholique de Louvain ; co-fondatrice de l'Unité d'assuétude, U.C.L.**

Bibliographie

Anderson (H.), Goolishian (H.), Pulliam (G.), & Winderman (L.), (1986) " The Galveston Family Institute : Some Personal and Historical Perspectives ", in D.E. Efron (Ed.), *Journeys : Expansion of the strategic-systemic therapies*, New York, Brunner/Mazel.

Bateson (G.), (1972) *Vers une écologie de l'esprit*, Seuil, 1980, Paris.

Borwick (B.) and Roussaux (J.P.), (1988) " The First Interview : Integrating out-patient and in-patient treatment in addiction ", in *Alcoolismes and Toxicomanies*, Bxl., Editions universitaires.

Borwick (B.), (1989) *Siblings ; Growing up with alcoholism ; unpublished manuscript*.

Boszormenyi-Nagy (I.), and Spark (G.), (1984), *Invisible Loyalties*, New York, Brunner Mazel.

Campbell (B.K.) and Brikerhoff (M.S.), (1990) " Hello, may I help you ? " : A study of attrition prevention at the time of first phone contact with substance abusing clients ", *American journal of drug and alcohol abuse*, VI 6 : 1 & 2 : 67-76.

Carter (E.A.), and McGoldrick (M.), (1980) *The family life cycle : A framework for family therapy*, New York, Gardner press.

Goodwin (Donald W.), (1988) *Is alcoholism hereditary ?* New York, Ballantine books.

Hampden-turner (C.), (1980) *Maps of the mind*, New York, Collier.

Hoffman (Lynn) (1981) *Foundations of family therapy*, New York, Basic books.

Imber-black (E.), Roberts (J.), and Whiting (R.), (1988) *Rituals in families and family therapy*, New

York, Norton.

Jellinek, (E.M.), (1952) " Phases of alcohol addiction ", *Journal of studies on alcohol*, 13 : 673-84.

Khantzian (E.J.) and Mack (E.J.), (1989) " A.A. and contemporary psychodynamic theory " in *Recent developments in alcoholism*, M. Galanter (Ed.), New York, Plenum.

Maturana (H.), and Varela (F.), (1987) *The tree of knowledge : the biological roots of human understanding*, Boston, New science library.

Milkman (Harvey B.) and Shaffer (Howard), eds., (1985) *The addictions : multidisciplinary perspectives and treatments*, Lexington, Lexington press.

Paolino (T.), and McCrady (C.), (1977), *The alcoholic marriage : alternative perspective*, New York, Grune and Stratton.

Penn (P.), (1985) " Feed forward : future questions, future maps ", *Family process*, V24 : 299-311.

Shaffer (H.), (1987) " The epistemology of addictive disease " : *The Lincoln-Douglas debate*, *Journal of substance abuse treatment*, 4 : 103-13.

Shaffer (H.), (1986) " Conceptual crisis and the addictions : A philosophy of science perspective ", *Journal of substance abuse treatment*, 3 : 285-96.

Shaffer (H.), (1985) " The disease controversy : of metaphors, maps and menus ", *Journal of psychoactive drugs*. 17 : 285-96.

Selvini Palazzoli (M.), Boscolo (L.), Cecchin (G.), Prata (G.), (1978) *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, 1978, Paris.

Selvini Palazzoli, " Hypothesizing - circularity - neutrality : three guidelines for the

conductor of the session ", *Family process*, Vol 19, 1980.

Stark (M.J.) and Kane (B.K.), (1988) " General and specific psychotherapy role induction from substance abuse treatment ", *American journal of drug and alcohol abuse*, 14 (4) : 475-85.

Steinglass, (P.), with Bennett (L.), Wolin (S.), and Reiss (D.), (1989) *The alcoholic family*, New York, Basic books.

Tomm (Karl), (1984) " One perspective on the Milan systemic approach : part 2, description of session format, interviewing style and interventions ", *Journal of marital and family therapy*, Vol 10.

Watzlawick (P.), (1984) *L'invention de la réalité*, Seuil, 1988, Paris.

Watzlawick (P.), Weakland (J.), and Fish (R.), (1974) *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Seuil, 1975, Paris.

Valliant (G.E.), (1983) *The natural history of alcoholism*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

von Bertalanfy (L.), (1968) *General systems theory : foundation. Development and application*, New York, George Braziller.

von Foerster (H.), (1984) " On constructing a reality ", in P. Watzlawick (éd.), *L'invention de la réalité*, Seuil, 1988, Paris.

Zinberg (N.) (1984) *Drug, set and setting : the basis for controlled intoxicant use*, New Haven, Yale University Press.

Zinberg, (N.), (1986) *Private communication*.