

© Psycho-e-print, 05/ 07/2003
Ecrit le 17/ 03/ 2003

Graziani P., Gackière-Eraldi D., Fernandez L. (2003), Psychothérapie alcoologique de groupe selon le modèle cognitivo-comportemental. *Psychologues & Psychologies*, 2003, 168, 19-28 (*Psycho-e-print*, 2003, lydia_fernandez00/psychotherapie alcoologique, 25).

Psychothérapie alcoologique de groupe selon le modèle cognitivo-comportemental^{*}

PIERLUIGI GRAZIANI^{**}, DANIELA GACKIERE-ERALDI^{***},
LYDIA FERNANDEZ^{****}

* Cet article a été précédemment accepté et publié dans une revue sans comité de lecture de pairs. Il est publié dans psycho-e-print principalement pour le bénéfice des chercheurs qui consultent la base de données psycho-e-print. Cette publication suppose que les auteurs de l'article se sont assurés de l'autorisation de l'éditeur de la revue. Psycho-e-print n'assume aucune responsabilité quant au droit de copie. © *Psychologues & Psychologies*, 2003. Publié dans psycho-e-print avec l'autorisation de l'éditeur.

^{**} Maître de Conférences en Psychologie clinique et en Psychopathologie, Université de Provence (Aix-Marseille I). E-mail : graziani@up.univ-aix.fr.

^{***} Psychologue clinicienne, Unité d'Alcoologie Clinique, Centre Hospitalier, Saint Amand-les-Eaux.

^{****} Maître de Conférences en Psychologie clinique et en Psychopathologie, Université de Provence (Aix-Marseille I). E-mail : lydiaf@up.univ-aix.fr.

Résumé – Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont considérées efficaces dans le traitement des conduites d'alcoolisation (Barrucand, 1996 ; Beck et al., 1993 ; Clark & Fairburn, 1997 ; Conférence de consensus, 2001). Pour de nombreux soignants, les techniques employées évoquent encore trop souvent les anciennes méthodes comportementales désuètes basées sur le conditionnement aversif : chocs électriques, ou apnée, aversion chimique. D'autres soignants les perçoivent seulement comme des techniques codifiées et structurées d'entraînement aux habiletés sociales, des techniques de gestion du stress, d'auto-contrôle comportemental. Réduire les TCC à un « set » de méthodes est une erreur fréquente conduisant à négliger l'importance du corpus théorique sous-jacent à leur utilisation et le rôle des avancées de la psychologie expérimentale en psychopathologie. Issues de la psychologie scientifique, leur pratique est précédée et accompagnée d'une analyse contextuelle et évolutive, d'une réflexion sur les symptômes conduisant à l'élaboration d'hypothèses dont dépendront les objectifs et les moyens choisis pour les atteindre. Les TCC se sont toujours préoccupées d'évaluer leurs effets à court, moyen et long terme, ce qui constitue également leur force. Un programme de thérapie cognitivo-comportementale n'est donc pas l'application stéréotypée d'un ensemble de techniques juxtaposées, appliqué *a priori*, mais il est modulé en fonction des informations individuelles données par les analyses fonctionnelles et en fonction des interactions entre thérapeutes et patients. Cet article se propose de présenter quelques exemples d'applications thérapeutiques, en groupe, dans un service d'alcoologie.

Mots-clés. Alcool, Groupe, Thérapie cognitivo-comportementale, Modèle, Psychothérapie.

Group psychotherapy of alcoholism according to the cognitive and behavioral model

Abstract – The cognitive and behavioral therapies are considered efficient in the treatment of alcoholism (Barrucand, 1996 ; Beck and al., 1993 ; Clark & Fairburn, 1997 ; Conference of consensus, 2001). For many therapists, the techniques employees evoke the former behavioral methods still too often based on the aversive conditioning: electric shocks or apnea, chemical aversion. Others therapists only perceive them as codified and structured techniques of social skills training, techniques of stress management, and behavioral self-control. To reduce the cognitive and behavioral therapies to a “set” of methods is a frequent mistake driving to disregard the importance of the underlying theoretical corpus which sustains their use, and the role of the progress of the

empirical psychology in psychopathology. Derived from the scientific psychology, their practice is preceded and accompanied by a contextual and changing analysis, by an analysis on the symptoms driving to the development of hypotheses, from which will depend the objectives and the means chosen to reach them. The cognitive and behavioral therapies are always concerned to appraise their effects in short-, middle- and long-term, what also constitutes their strength. A program of cognitive and behavioral therapy is not therefore the stereotyped application of a set of juxtaposed techniques, *a priori* applied, but it is modulated according to the individual information given by the functional analyses and according to the interactions between therapists and patient. This article intends to present some therapeutic application examples, in group, in an alcoholism treatment service.

Keywords. Alcohol, group, Behavioral and cognitive therapy, Model, Psychotherapy.

Le modèle comportemental et cognitif

Lors de la prise d'alcool, des réponses inconditionnées (plaisir, détente, bien-être, modification du rythme cardiaque, etc.) sont provoquées par un stimulus inconditionnel (ingestion de l'alcool). Par répétition de l'association stimulus inconditionné-stimulus neutre (par exemple, la vue ou l'odeur de l'alcool, l'ambiance du bistrot, la présence de certains amis, etc.), ce dernier, devenu à son tour conditionnel, est désormais capable d'activer l'envie de boire que le patient peut réduire par un comportement (boire). De nombreuses études confirment le modèle du conditionnement classique. Par exemple, dans celle de Straiger et White (1988) des alcooliques boivent des boissons alcoolisées pendant quatre sessions dans une salle et des boissons non alcoolisées dans une autre salle. Ils montrent ensuite une réponse conditionnée (augmentation de la fréquence cardiaque) lorsqu'ils se retrouvent dans la salle des alcoolisations et quand ils sont face à leur boisson alcoolisée.

Selon le modèle du conditionnement opérant, l'individu apprend en fonction des conséquences du comportement. L'individu émet une réponse (boire) afin de diminuer certains aspects des réponses conditionnées (l'envie de boire), ce qui renforce la réponse émise (Kornreich et al., 1996 Niaura et al., 1988). Apprendre que l'alcool permet d'obtenir des effets positifs peut conduire à sa consommation quand ces effets sont recherchés. L'alcool devient ainsi le médicament,

l'anxiolytique, l'antidépresseur, qui permet, par exemple, de parler plus facilement, d'aborder les autres avec aisance. Des situations telles qu'une mauvaise journée au travail, une humiliation, se rendre à un entretien d'embauche, une grande fatigue peuvent ainsi déclencher une consommation d'alcool (Kornreich et al., 1996).

Conditionnement et cognitions

La dépendance n'est pas du tout un apprentissage mécanique, comme on pourrait le croire à partir d'une lecture superficielle des théories de l'apprentissage, l'aspect cognitif intervient énormément (Hammersley et al., 1992). Un certain nombre de croyances influencent la réactivité à l'alcool (Bradizza et al., 1994) et le désir de boire peut apparaître en fonction de la seule présence de certaines pensées (cognitions) ou émotions, sans autres stimuli externes (Davies, 1987). Pour certains sujets, alors, les indices critiques saillants de l'alcoolisation (Aubin, 2000) déclenchent l'envie de consommer, comme par exemple, le fait de penser « *Si je ne bois pas je vais bafouiller à mon entretien* ». C'est également la façon de percevoir et d'interpréter certains événements qui entraîne ou non des conduites d'alcoolisation. (Laberg, 1990).

Au-delà du modèle de conditionnement : le modèle cognitif de Beck

Les mécanismes d'exposition sont plus complexes que ceux proposés par les modèles d'apprentissage classique et opérant, qui se basent exclusivement sur la réactivité à l'indice (Drummond, 1994). Le mode de penser, les processus cognitifs dysfonctionnels d'interprétation de soi et de l'environnement sont au premier plan dans les conduites d'alcoolisation.

Beck (1993) a conçu un système d'analyse et d'interprétation des stimuli qui se base sur des structures d'organisation appelées « schémas » (Beck et Clark, 1997). Les schémas peuvent être définis comme des représentations non spécifiques, mais organisées, de l'expérience préalable qui facilitent le rappel mnésique, mais en même temps, peuvent entraîner des constructions mentales nouvelles et également des distorsions systématiques (Neisser, 1976 ; Hautekète, 1998). Ce sont des structures abstraites, fonctionnelles et relativement stables qui gèrent toutes les étapes du traitement de l'information.

L'activité des schémas est la suivante :

- filtrage et sélection des informations nouvelles ;
- organisation des informations stockées en mémoire à long terme (MLT) ;
- récupération des informations en MLT ;
- gestion de l'action.

Lorsqu'un événement extérieur intervient, des schémas cognitifs spécifiques sont activés pour classer, interpréter, évaluer et donner une signification à l'événement. Ils orientent le sujet vers certains stimuli ou événements plutôt que d'autres en le sensibilisant sélectivement. Le modèle cognitif de l'alcoolodépendance (Beck et al., 1993 ; Beck et Clark, 1997) fait appel à la notion de schéma cognitif dysfonctionnel pour rendre compte du traitement pathologique de l'information. Lorsqu'un schéma dysfonctionnel est hyperactif, le raisonnement logique et volontaire cède la place aux distorsions cognitives. Sur la base de ces erreurs de logique, on assiste à l'émergence de comportements et d'émotions inadaptés. Ce modèle postule donc qu'une pathologie (un trouble anxieux, par exemple) serait constitué d'une multitude de schémas non-adaptés à la vie courante. Les « *schémas anxieux* » orientent alors le sujet vers des stimuli de menace. L'interprétation finale d'un événement représente une interaction entre l'événement et les schémas du sujet. Le contenu thématique des schémas cognitifs détermine la nature de la réponse affective et de l'inclinaison comportementale.

Ainsi, si le contenu des stimuli est en rapport au danger, alors le sujet fait l'expérience du désir de fuir et du sentiment d'anxiété. Les stratégies mises en place pour affronter la situation difficile (par exemple, s'alcooliser pour faire face au problème) font partie intégrante du schéma. L'interaction d'une situation à risque d'alcoolisation avec les schémas dysfonctionnels du sujet alcoolodépendant active des croyances spécifiques. L'utilisation du produit alcool pour obtenir des effets précis amène le sujet à développer, dans le temps, des croyances concernant la boisson alcoolisée. Beck subdivise ces croyances en 3 catégories :

1. **Anticipatoires** : ce sont les attentes positives liées à l'alcool (ex : « *Je serai gai et amusant avec l'alcool* »).
2. **Soulageantes** : ce sont les attentes de réduction du manque ou d'un malaise (ex : « *L'alcool m'aide à oublier* » ; « *Si je bois, je suis moins anxieux* »).
3. **Permissives** : ce sont des pensées qui autorisent la consommation d'alcool (ex : « *Je l'ai bien mérité après ce travail* » ; « *Je suis invité, je ne peux pas refuser à un copain* »).

Des pensées automatiques négatives donnent lieu à des croyances anticipatoires et soulageantes provoquant une forte envie de consommer, qui initie à son tour l'émergence de croyances permissives (Hautekèete et al., 1999). Une fois l'autorisation de consommer « *obtenue* », les stratégies de recherche du produit et de consommation sont alors entreprises. Les sujets alcoolodépendants ou toxicomanes ont des croyances plus nombreuses et plus intenses que la plupart des sujets non dépendants (Beck et al., 1993 ; Hautekèete et al., 1999 ; Tison et Hautekèete, 1998). Le modèle cognitivo-comportemental suggère que si un individu, ayant consommé de l'alcool dans son passé et développé des attentes concernant ses effets, rencontre une situation pour laquelle aucune autre réponse cognitive et comportementale ne lui apparaît possible, le sentiment d'auto-efficacité décroît (« *Je ne vais pas y arriver, je suis nul* »), les croyances soulageantes émergent (« *Il me faut une bière pour me sentir mieux* », « *L'alcool va m'aider* », « *Il me faut de l'alcool pour oublier* »), les attentes permissives s'activent favorisant la consommation (« *Je suis seul, personne ne le verra* », « *C'est vendredi soir, je termine la semaine, je peux consommer* », « *C'est l'anniversaire de Jacques, je ne peux pas ne pas boire* »). En conséquence, l'envie de boire monte et la probabilité de le faire aussi. Dans l'étiologie de la dépendance alcoolique, il peut y avoir un degré limité de continuité entre les facteurs qui ont contribué à démarrer la consommation d'alcool (un licenciement, un deuil, une séparation), ceux présents aux stades suivants de la consommation (les avantages et les inconvénients de la consommation), ceux présents dans le maintien de la consommation excessive et dans le développement de la dépendance à l'alcool (la consommation produit à long terme des conséquences négatives qui renforcent l'utilisation de l'alcool pour les

diminuer paradoxalement, le patient consomme pour réduire les conséquences négatives produites par sa consommation).

Prise en charge du patient alcoolo-dépendant

La prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale n'est qu'un aspect dans un programme multimodal de soins respectant les exigences du modèle bio-psychosocial (Eraldi-Gackière et al., 2001 ; Graziani, 2002 ; Graziani et al., 2002). Ce modèle affirme que la dépendance à l'alcool est un trouble complexe dont le développement, le maintien et le traitement dépendent de plusieurs déterminants et différents systèmes. Il faut tenir compte de la façon dont ces différents facteurs (par ex. : l'éducation, le milieu social, les traits psychologiques) et les événements de vie (travail, fêtes, deuils, mariage, séparations) ont créé en mémoire à long terme, mémoire inconsciente, des schémas qui gèrent le mode de vie. Si l'on ne change pas les schémas, la rechute est pratiquement inévitable (Allard, 1985; Hautekète et al., 1990).

La prise en charge cognitivo-comportementale de groupe

Avant de commencer le travail thérapeutique en groupe, nous rencontrons les patients individuellement (J3 ou J4) afin de les connaître et d'évaluer leurs ressources psychologiques et sociales. Nous traçons l'histoire de la dépendance alcoolique, le développement de celle-ci en lien avec les événements de vie selon des techniques d'entretien cognitivo-comportemental (Cottraux, 1985a, 1985b ; Mirabel-Sarron et Vera, 1995). Nous expliquons à chaque patient le rôle de la dépendance alcoolique et les raisons du travail en groupe et de l'importance du projet de changement à développer pendant la cure. Afin de préparer la première séance de psychothérapie, on demande à chacun de réfléchir (et si possible d'en poser une trace écrite) au parcours personnel avec l'alcool, en tentant de repérer :

- les souvenirs liés à l'alcool ;
- l'évolution de la consommation personnelle ;
- le contexte, les effets, les bénéfices ;

- l'évolution des attentes par rapport au produit au fil de son cheminement personnel ;
- les événements de vie.

Séance 1 de psychothérapie

Cette première séance se propose d'établir un terrain de partage entre les patients. Chacun, à tour de rôle, se présente, raconte son parcours avec l'alcool et dégage les effets positifs actuels de l'alcoolisation. En général, les patients évoquent les avantages suivants : *résoudre ses problèmes, être plus affirmé, avoir une meilleure image de soi-même, se sentir plus fort, plus puissant, invulnérable, être détendu avant un entretien, décompresser, diminuer l'anxiété, entrer dans l'ambiance*. Les thérapeutes et le groupe font une synthèse de l'ensemble des effets et des attentes positives, des bénéfices procurés par alcool et en déduisent les principales fonctions et les symboliques qui lui sont liées. Pour différentes raisons, le patient a eu besoin de reproduire quelques-uns de ces effets appris lors des consommations précédentes pour surmonter ses difficultés. L'alcool peut, par exemple, être perçu comme un excellent anxiolytique ou antidépresseur. Son recours est donc envisagé comme un comportement appris, suscité par des anticipations d'effets positifs et renforcés, surtout dans un premier temps, par l'obtention d'une récompense. Il est donc important de repérer dans l'histoire du patient les événements qui ont permis une augmentation ou une diminution de la consommation d'alcool.

Séance 2 de psychothérapie

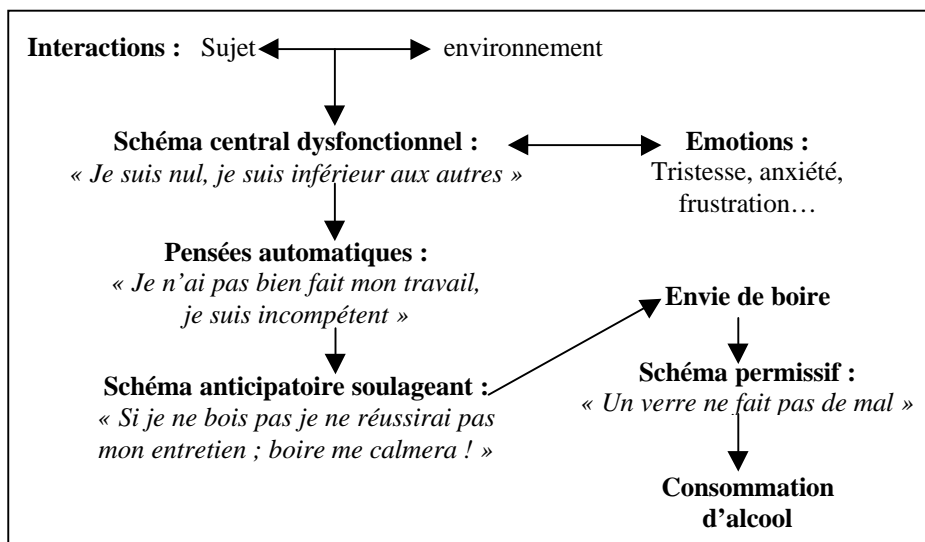
Le résultat des réflexions et les observations de la première séance sont repris d'une manière plus théorisée. Il apparaît évident que les attentes (croyances anticipatoires) initialement inscrites en mémoire et influençant le comportement d'alcoolisation continuent à opérer alors même que les récompenses et les effets positifs réellement obtenus ont disparu depuis longtemps : le plaisir s'effrite plus vite que le souvenir du plaisir et que l'anticipation du souvenir (attribution de cause). Les apprentissages s'inscrivent et s'organisent en mémoire dans des schémas cognitifs de plus en plus complexes et automatiques, formés de

tous les éléments qui ont fait de l'alcool la seule solution à un grand nombre de situations. Le sujet dépendant, qui « filtre » et analyse la situation à travers ce schéma, aura une perception partielle et n'anticipera que les conséquences positives de la consommation d'alcool : « *Si je suis nerveux, alors je serai plus détendu après un bon verre de bière* ». Les attentes positives modifient l'effet réel du produit (Fig. 1).

La présence d'attentes positives lors de conduites d'alcoolisation (en dépit des conséquences négatives) révèle l'existence de « failles » personnelles. Il existe donc des situations, des contextes dans lesquels le patient manque de stratégies pour résoudre ses problèmes. Les objectifs de cette séance sont donc les suivants :

- repérer les croyances anticipatoires, soulageantes et permissives liées à la consommation ;
- faire le lien avec la vie concrète ;
- repérer les pensées automatiques, les moments « d'envie » d'alcool, même fugaces et les monologues intérieurs concomitants.

Figure 1 : Séquence d'activation de schémas conduisant à la consommation d'alcool.



Par exemple, Pascal décrit ainsi les avantages attendus de sa consommation : « *Quand je consomme, je ressens un bien-être... Je bois pour obtenir un effet anxiolytique, pour me sentir plus gai et affirmé. De plus, il devenait plus facile parler et aborder les autres. Enfin, l'alcool m'aide à m'endormir* ». Cette perception de l'alcool est le résultat d'expériences répétées de plaisir et elle peut persister et continuer à s'amplifier si le patient ne lui attribue pas la responsabilité de ses problèmes. Vérifier que l'alcoolodépendance ne produit pas les effets attendus est le premier pas vers une modification de ces croyances.

Séance 3 de psychothérapie

L'alcool joue un rôle fonctionnel il constitue un type de stratégies de coping, « efficace » dans un premier temps, mais inadapté à long terme. L'individu, qui cherche dans l'alcool un anxiolytique, un antidépresseur, un euphorisant ou un désinhibiteur, manque de solutions adaptées. Cette séance vise le repérage des difficultés personnelles sous-jacentes et en lien avec l'environnement (écologie) qui constituent autant de pistes de réflexion et de travail pour la suite de la cure et de la post-cure. Il s'agit de prendre conscience que l'abstinence n'est pas le but de la cure mais le travail préalable pour dégager un ensemble de stratégies de changement permettant par la suite d'assurer une abstinence sereine et un nouveau style de vie en résolvant les difficultés associées à l'alcool. Loin de l'illusoire attente de « l'oubli » de l'alcool par la cure, il s'agit au contraire de mieux comprendre les liens entre l'alcool, le coping, les émotions et les comportements problématiques. Une fois l'abstinence initiée, il s'agit de s'attaquer aux difficultés persistantes pour minimiser le risque de rechutes, améliorer la qualité et le style de vie du patient. A partir des attentes positives dégagées, on détermine avec le patient les difficultés cognitives, émotionnelles et/ou comportementales, les « failles » qui ont généré les alcoolisations et alimenté la recherche des attentes positives. Le tableau I, ci-dessous, illustre les principaux domaines de difficultés.

Tableau I : les principaux domaines de difficultés.

Dépression	<i>Trouble de l'image de soi, deuil, deuil pathologique, dépression réactionnelle.</i>
Anxiété pathologique	<i>Peurs, anxiété sociale, anxiété générale, attaque de panique, stress post-traumatique, anxiété liée à l'alcool.</i>
Résolution de problème	<i>Déficit dans les analyses, les stratégies, les moyens et le support social.</i>
Affirmation de soi	<i>Défaut d'apprentissage, peur du regard des autres, solitude, agressivité, dépendance, anxiété inhibitrice, obstacles cognitifs.</i>
Autre...	<i>Conflits de couple, au travail, pressions sociales, difficultés concernant le retour dans le tissu social d'origine.</i>

Voici comment Pascal décrit ses difficultés : « *Me sentir différent parce que je ne bois pas, devoir refuser un verre, anxiété, solitude, rumination du passé* ». Il évoque certaines difficultés qui motivent sa consommation, comme l'anxiété et la solitude et d'autres qui se présenteraient s'il devait être abstinent. Décider d'arrêter de consommer risque de le mettre en difficultés par rapport à ses amis et aux éventuelles pressions vers la consommation (« *Bois un verre, c'est moi qui paye !* », « *Je ne paye pas de la flotte..., t'a qu'à boire une bière* », « *Tu ne peux pas refuser c'est mon anniversaire...* »). Les ruminations concernent certains événements du passé dont la plupart sont des conséquences de ses alcoolisations : l'alcool renforce le comportement d'alcoolisation. En ce qui concerne Pascal, arrêter de consommer n'est que la première étape qui permet d'affronter les difficultés à la base des alcoolisations : état dépressif, anxiété généralisée et difficulté à s'affirmer en tant qu'abstinent.

Séance 4 de psychothérapie

Progressivement, chacun est amené à élaborer un projet pour trouver des solutions alternatives à l'alcool. Par quoi est-il possible de remplacer l'alcool, comment peut-on répondre aux attentes positives par d'autres réponses ? Comment réaménager sa vie pour que la suppression de

l'alcool soit la moins douloureuse possible ? Comment passer de « *Je ne dois plus boire* », au « *Je n'ai plus besoin de boire* », puis au « *Je n'ai plus envie de boire* » ? Qu'est-ce qui peut permettre de cheminer dans ce sens ? L'abstinence n'est qu'un moyen. L'hospitalisation correspond au temps d'élaboration du projet personnel d'abstinence et de changement de style de vie : un projet qui développe des capacités, actuellement insuffisantes, pour remplacer l'alcool. Selon le groupe et les difficultés mises à jour, le travail se poursuit dans une direction ou dans une autre : améliorer les compétences sociales, s'entraîner à l'affirmation de soi, apprendre à mieux gérer le stress ou le temps, etc. Tous seront amenés à développer leurs capacités d'auto-observation. Cette séance précède la permission, sortie d'un week-end au domicile, après trois semaines d'isolement protégé et à un rythme inhabituel. Cette permission est l'occasion de s'auto-observer et de repérer les situations dans lesquelles risque d'émerger l'envie de boire. Le travail de prévention de rechute commence ici. Cette permission a valeur de test et nous demandons aux patients d'observer les points suivants :

- les capacités ou non de tolérer la présence d'alcool autour de soi (d'observer ses réactions émotionnelles en présence d'alcool : désir, ennui, ...) ;
- les capacités à affronter le regard des autres, à résister aux sollicitations ;
- le degré d'intégration possible à l'environnement social des projets ébauchés et leur acceptabilité.

Pascal commence à mieux envisager certains avantages de l'abstinence : confiance retrouvée de sa femme, s'occuper des enfants, jouer avec eux, capacités intellectuelles retrouvées, goût de vivre, meilleure santé, possibilité de faire du sport. Les inconvénients de l'abstinence ne sont pas suffisants pour permettre la mise en place d'une conduite abstinent. Ce sont les avantages de l'arrêt qui favorisent le plus un projet de changement (renforcement positif).

Séance 5 de psychothérapie

Cette séance a lieu le lendemain du retour de permission. Le groupe

reprend les situations à risque repérées au cours du week-end. Le travail s'oriente sur le vécu des participants analysé avec la technique de résolution de problème. Il s'agit ainsi d'analyser les situations stressantes rencontrées par les patients (s'il y en avait). S'ensuit un entraînement à la recherche des solutions écologiques, qui tiennent compte des avantages globaux, à court et à long terme, ainsi que des exigences de l'entourage. Le modèle de rechute de Marlatt (1985), qui fixe les objectifs suivants, est introduit :

- développer l'attention et la capacité à mieux reconnaître les facteurs personnels, interpersonnels, émotionnels et contextuels qui augmentent la probabilité de rechute ;
- développer les capacités comportementales et cognitives d'affrontement des situations comportant un risque élevé ;
- modifier ses comportements et ses habitudes pour développer un style de vie plus équilibré et moins stressant ;
- comprendre les effets de la rechute et les conséquences comportementales et cognitives (culpabilité, honte, etc.) et apprendre des méthodes pour y faire face afin d'éviter et de réduire l'impact de la rechute si elle a lieu.

Le travail avec ce modèle permet d'anticiper le risque de ré-alcoolisation. Lors de cette séance, on demande par exemple, quelle serait la conséquence de la prise d'un verre de bière ou de vin. La plupart pensent que : « *La cure n'a servi à rien* », « *Si je bois un verre, alors je peux en prendre une deuxième, puis un troisième* », « *Si je rechute alors je suis nul, un incapable..., je ne peux pas rester abstinent..., donc je vais continuer à boire* ». Il s'agit de reprendre chacune de ces idées et de la discuter. Les patients se rendent compte que si une situation qu'ils n'arrivent pas à affronter autrement, les fait rechuter, les conséquences de cette ré-alcoolisation (les idées décrites plus haut, par exemple) permettent de maintenir et amplifier l'addiction.

Séance 6 de psychothérapie

Le travail sur la prévention de la rechute est approfondi, en particulier les notions de ré-alcoolisation, de rechute, d'effet de violation de

l'abstinence. On développe les points suivants : le sentiment d'auto-efficacité, les situations à risque, les stratégies d'intervention spécifiques. Prévenir la rechute revient à se poser les questions suivantes : quelles stratégies élaborer ? Comment et où chercher des alliés ? Les jeux de rôle permettent une mise en situation pratique d'entraînement à l'affirmation de soi. Ils se déroulent au salon bar et reproduisent des scénarios à haute probabilité de survenue et à risque : les thèmes abordés concernent souvent des questions posées par les amis rencontrés au sujet des raisons de l'abstinence, ou au sujet des changements observés. Les jeux de rôle augmentent la confiance en soi face aux autres et la facilité de la réponse de refus aux sollicitations extérieures (Beck et al., 1993). Lors de cette séance, nous mettons en scène avec les patients des jeux de rôle concernant le refus de l'alcool lors des rencontres avec des amis ou collègues qui font pression sur le patient pour qu'il consomme avec eux. Ce travail permet d'analyser les résistances et de préparer à répondre de façon affirmée.

Séance 7 de psychothérapie

Cette dernière séance constitue la conclusion de la psychothérapie de groupe. Elle a lieu à quelques heures de la sortie (J28). Les patients résument les séances passées, évaluent l'atteinte ou non des objectifs que le groupe s'était fixés. Le groupe parle de l'appréhension de la sortie et du retour dans le tissu social.

Intégration de la famille à la prise en charge du patient

Il nous a semblé important d'intégrer la famille et l'entourage à la thérapie du patient (les collègues, les amis, les voisins,...) afin de promouvoir une démarche de changement commune (Folly et al., 2001 ; Graziani et al., 1998a, 1998b). Plusieurs constats nous ont conduits à la mise en place de ce projet :

- La famille se demande ce que nous faisons avec le patient, a besoin que sa souffrance aussi soit prise en compte, craint le retour du patient après la cure et demande que l'équipe lui dise ce qu'elle doit faire.

- Il y a des ressources disponibles dans l'entourage pour rendre plus rapide et efficace le changement.
- Une culture alcoolique (pensées anticipatoires, mais surtout permissives) qui bloque les changements, est présente dans l'entourage du patient : « *Tu peux boire un verre pendant les repas* », « *Arrêter de boire est une question de volonté, tu peux arrêter quand tu veux* », « *Tu peux contrôler ta consommation* », « *En société, il faut boire ...* ».
- Le système de relation entre les membres du réseau social du patient est rigide : chacun garde sa place et les changements sont vécus comme dangereux puisqu'ils bousculent le système entier. Cette rigidité est faite de comportements et de pensées stéréotypées mis en place lentement pendant l'alcoolisation du patient : contrôle des boissons, agressivité, reproches, images négatives vis-à-vis du patient ; certains patients ont du mal à transférer les acquis de l'hospitalisation dans leur propre tissu social et économique. Ils apprennent à ne pas boire à l'hôpital, mais pas à l'extérieur.

En considération de ces constats, nous avons élaboré un programme thérapeutique qui prévoit 6 réunions pendant la cure de 28 jours avec les familles et l'entourage des patients qui y adhèrent (50% des patients). Des réunions mensuelles pendant 6 mois après la cure sont aussi assurées. Le but général de ce projet est d'améliorer l'état psychologique et social du patient en souffrance, qui s'exprime par de meilleures interactions dans sa famille, dans son entourage et groupe social (Hudolin et al., 1987). Dans le détail les objectifs sont les suivants :

- exploiter les ressources existantes dans le tissu social et économique du patient et associer au changement les personnes extérieures importantes pour le patient, ;
- aider les jeunes enfants des patients à mettre des mots sur ce qui se passe et le comprendre ;
- établir un lien concret entre hôpital et tissu social ;
- permettre à la famille, à l'entourage et au patient de suivre les changements pendant l'hospitalisation ;

- offrir un lieu et un cadre définis où exprimer la souffrance liée à l'alcoolisation pour amener le groupe à construire le futur et ne pas revenir sans cesse aux erreurs passées ;
- repérer les difficultés affectives et relationnelles qui entretiennent un comportement d'alcoolisation afin de les analyser et de les modifier ;
- aider le patient, la famille et l'entourage à modifier leur style de vie pour éliminer peu à peu ce qui facilite la consommation d'alcool et préparer la sortie ;
- modifier les croyances liées au produit alcool, faire un travail de prévention vis-à-vis des membres de la famille et de l'entourage et préparer la sortie et le retour dans le tissu social habituel.

Première séance

Dans un premier temps, les thérapeutes présentent le projet à travers la métaphore de l'iceberg : l'alcool n'est que la pointe visible qui sort de l'eau. Il y a une partie submergée bien plus vaste constituée de difficultés, de conflits, d'habitudes, de croyances qui facilitent ou maintiennent la consommation. Si l'alcoolisation était toujours au premier plan avant la cure, le début d'abstinence, pendant la cure, fait déjà remonter certaines difficultés sous-jacentes et en provoque d'autres aussi. Il devient important de décentrer l'attention du comportement d'alcoolisation aux raisons qui le maintiennent. Les insultes, les mauvaises entente dans le couple, les conflits entre parents et adolescents sont parmi des situations qui risquent de faire rechuter et qui demandent d'être traitées en thérapie.

Deuxième séance

Cette séance se focalise sur le « terrain » de l'alcoolisation afin de dégager les aspects positifs et négatifs, émotionnels et cognitifs, les attentes et les croyances liées au produit alcool du patient et de la famille. D'abord, chacun réfléchit aux expériences passées de consommation afin d'identifier les contextes, les occasions, les effets, les conséquences des expériences satisfaisantes. Les thérapeutes montrent l'existence d'un apprentissage lié aux expériences

satisfaisantes vécues sous l'influence de l'alcool présent chez chacun (alcoolodépendant ou pas). A partir de ce moment, les patients analysent la dégradation produite par l'alcool dans différents domaines conflits familiaux, au travail, hypertrophie des ressources psychologiques, etc. Le groupe liste les situations et les contextes qui posent problèmes à chaque patient et aux familles et qui facilitent la recherche d'effets positifs à travers l'alcool. Les situations sont globalement analysées et les thérapeutes décident avec les patients et les familles d'un petit changement à réaliser pendant l'hospitalisation pour conforter l'idée qu'un changement est possible. Cette séance est l'occasion pour les familles d'exprimer leur souffrance sans craindre de provoquer une alcoolisation. C'est une famille qui souffre, qui n'a pas choisi de boire pour fuir les problèmes et qui n'a rien oublié du passé.

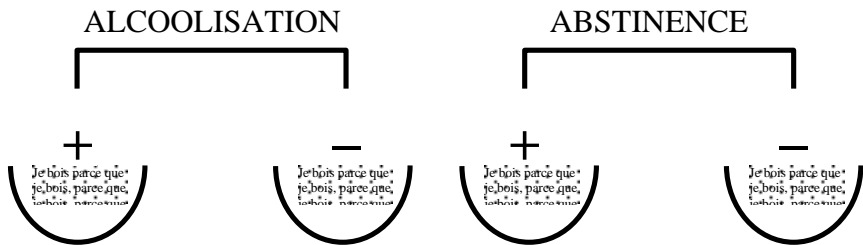
Troisième séance

Cette séance est centrée sur la prise de conscience que même si le patient est abstinente, les conflits continuent, la partie submergée de l'iceberg continue à agir. Les patients, la famille, l'entourage examinent les domaines de difficulté, les hiérarchisent et choisissent d'affronter ce qu'ils considèrent comme prioritaire. Pour la séance souvent, ils doivent négocier ensemble et construire un projet qui respecte les besoins de chacun. Les aspects négatifs de l'abstinence sont un autre point important de cette séance. Le patient avait l'habitude de s'effacer pendant les conflits familiaux, une attitude plus affirmée peut être mal-interprétée par le reste de la famille et donner lieu à des remarques humiliantes qui pourraient faciliter la rechute « *Tu as encore bu ? !* ». Alors, le groupe examine les aspects négatifs de l'abstinence qui pourraient mettre en échec le projet de changement. Ce travail sera résumé avec la métaphore de la balance de l'abstinence que chaque patient et la famille doivent remplir (Fig. 2).

Ce travail aide à comprendre le mécanisme de l'alcoolisation et ce qu'il sera nécessaire de changer pour ajouter du poids au négatif de l'alcool et au positif de l'abstinence. Lors de cette séance on découvre certains bénéfices secondaires chez la famille des comportements d'alcoolisation du patient. Par exemple, des adolescentes nous disaient que quand leur mère s'alcoolisait elle était moins attentive aux résultats scolaires et aux dépenses d'argent et elles se sentaient libres. L'arrêt des alcoolisations

risquent de réactiver la surveillance de la mère et des conflits entre mère et filles et favoriser un contexte de ré-alcoolisation. Deux membres de l'association ALANON sont invités à cette séance et font un témoignage de leur parcours en tant que conjoints de patients alcooliques. Cette intervention est importante parce qu'ils invitent la famille et l'entourage à changer eux-mêmes.

Figure 2 : Balance où chaque participant écrit, d'un côté, les attentes et les effets positifs qui le poussent à la consommation et, de l'autre côté, les attentes et les effets négatifs qui freinent sa consommation.



Quatrième séance

Le groupe évalue les projets de changement de chacun. Il s'agit de rendre réalistes ceux-ci, de trouver les ressources nécessaires (aide concrète, matérielle ou morale), de les inscrire dans le temps, d'éclaircir les objectifs à court, moyen et long terme et d'évaluer les avantages que chacun doit percevoir pour soi. À travers cette recherche de réalité les difficultés relationnelles et les blessures du passé refont surface et sont des obstacles à affronter pour permettre la réalisation de ces projets.

Il est très important de cibler les projets sur les difficultés qui amènent à la consommation d'alcool et sur les raisons de ces difficultés. Souvent, les projets comprennent seulement des activités d'évasion, jogging, piscine, promenade, cinéma, ... qui sont aussi utiles) et non pas des activités qui se focalisent sur le problème, coûtent un peu d'énergie, permettent d'affronter et de trouver des alternatives à la consommation d'alcool.

Cinquième séance

Le groupe discute de la réalisation des objectifs du week-end que les patients ont passé avec leur famille les aspects positifs et les changements sont renforcés par le groupe. Les difficultés rencontrées sont utilisées pour recycler et rendre plus réaliste les objectifs propres à chacun. Les thérapeutes terminent la séance avec la présentation du modèle cognitif de prévention de la rechute et demandent à chacun d'imaginer la réaction face à une éventuelle rechute. Il ne s'agit pas de banaliser la rechute, mais au contraire, de l'utiliser comme signal douloureux qui demande au patient de réaménager ses plans de changement.

Sixième séance

Les thérapeutes terminent l'explication du modèle de prévention de la rechute. Chacun construit ses « feux orange et rouges » qui devraient s'allumer quand une situation à risque se présente afin de permettre la recherche préventive de solutions adaptées, le réaménagement des projets et éloigner le risque de rechute. Pour construire des « feux », le patient et les personnes qui l'accompagnent mettent en place des nouvelles habitudes incompatibles avec une alcoolisation. Si, petit appétit, elles sont abandonnées, les raisons du changement doivent être analysées pour vérifier si la rechute ne se prépare pas. Par exemple, si le couple avait décidé de passer 10 minutes par jour, après la cure, pour renouer le dialogue et discuter de soi ou de ce qui s'est passé pendant la journée, et petit à petit, ce moment disparaît du planning de la journée, alors cette modification peut être le signe d'un retour à des habitudes anciennes et à un style de vie alcoolique : le changement doit être analysé pour vérifier s'il va dans le sens des objectifs préfixés.

Un autre point très important est de faire imaginer à la famille une éventuelle ré-alcoolisation. Il arrive que le patient ne voit pas les feux orange et rouges et se ré-alcoolise. Il s'agit de distinguer les raisons ou pensées qui peuvent provoquer la ré-alcoolisation des pensées qui facilitent la continuation de la consommation. Il est curieux de retrouver chez la famille des idées similaires à celles évoquées par le patient. Prendre un verre de boisson alcoolisée fait souvent surgir des idées de honte, d'échec, de frustration : « *La cure ne lui a servi à rien* », « *Il est*

comme avant rien n 'a changé, il restera toujours alcoolique point de départ », « Il ne sera jamais guéri », « Il ne peut pas s'en sortir ». Il est évident que si la famille se démoralise de la même manière que le patient lors de la ré-alcoolisation ces phrases ne feront que précipiter la rechute. Les thérapeutes expliquent que le parcours de celui qui veut arrêter l'alcool est fait aussi d'échecs qui signalent que les projets de changement mis en place doivent être réadaptés et réaménagés. Loin de banaliser la ré-alcoolisation, les thérapeutes apprennent au patient à l'utiliser à des fins utiles et lui font envisager la possibilité concrète de pouvoir s'arrêter de consommer après une ré-alcoolisation brève. Cette séance sert aussi à répéter la procédure d'aide qui peut être mise en place pour faire face au danger des ré-alcoolisations et suite aux ré-alcoolisations.

Evaluation

Le bilan que nous pouvons faire de ces groupes est que le projet répond à une demande réelle des patients et de leur famille pendant et après la cure. Le pourcentage d'adhésion est de 50%. Certaines familles intéressées n'adhèrent pas à cause de la distance ou du choix des jours de réunion. La considération donnée aux problèmes sous-jacents au comportement alcoolique maintient élevé l'engagement des patients pendant la cure. La présence de la famille permet d'initier réellement un changement et de construire un projet de consolidation précis. Le groupe devient lieu de parole qui interrompt souvent le silence familial entre les séances : les patients profitent de la réunion pour dire à leur conjoint ce qu'ils n'ont pas osé dire en dehors du groupe. Beaucoup de conjoints disent découvrir des aspects de leur époux ou de leur épouse qu'ils n'imaginaient pas. La présence des adhérents pendant la cure est assidue, le patient invite plusieurs membres de sa famille, des voisins, des amis ou des collègues de travail. Les familles des patients font le maximum pour être présentes (les absences sont rares). Elles nous donnent leurs observations à l'aide d'un questionnaire anonyme. Elles sont toutes satisfaites de cette prise en charge. Elles disent avoir acquis une meilleure compréhension du problème alcool, constatent l'amélioration de la communication familiale, la réorganisation des responsabilités, l'augmentation de la confiance vis-à-vis du patient et le sentiment d'être des partenaires de l'équipe soignante. Le patient

constate aussi une amélioration de la communication familiale, une liberté retrouvée face à la vie, une augmentation de la confiance des autres envers lui. De plus, la famille lui restitue ses responsabilités. Enfin, quand le patient va mal après la cure, les familles appellent à l'aide plus rapidement et ont une attitude plus aidante.

La gestion de la pression sociale à consommer

L'abstinence suppose l'extinction de certains comportements et l'acquisition de nouveaux boire des boissons non alcoolisées au milieu de personnes qui boivent de l'alcool, refuser un verre... Des changements plus généraux touchant au style de vie sont souvent nécessaires l'abandon de certaines relations, la nécessité de se créer un nouveau réseau social... Certaines difficultés peuvent entraver les nécessaires modifications la persistance de la honte et de la culpabilité, la peur que l'autre ne devine la dépendance et ne porte un jugement négatif ou du mépris, un lieu de contrôle externe avec sentiment d'impossibilité de pouvoir agir sur les événements, un faible niveau d'auto-efficacité, la restriction de la vie sociale, qui peut amener à un isolement dommageable pour la qualité de vie et induire un état dépressif, les conflits interpersonnels: pression de l'environnement à boire. Ces tendances induisent la croyance selon laquelle face à une situation à risque, deux issues sont possibles la ré-alcoolisation ou la fuite. Ainsi, nous voyons beaucoup d'alcooliques abstinentes refuser des invitations, restreindre leurs activités extérieures, éviter les situations conviviales. Ces attitudes d'évitement sont guidées par la peur de ne pas savoir refuser de façon efficace, ne pas savoir résister à la pression, ne pas savoir répondre aux observations et questions concernant les changements, se sentir obligé de donner des informations qu'on préférerait ne pas divulguer, se sentir coupable, anormal et/ou rejeté du fait de sa différence. La thérapie se déroule en 18 séances bimensuelles de 2 heures et demi environ, sur 8 à 10 mois, en un groupe fermé de 6 à 8 patients. L'animation est assurée par deux psychologues spécialisés en alcoologie et en TCC. Les participants pour la plupart ont déjà eu une sensibilisation à l'affirmation de soi pendant leur cure.

Organisation commune des séances 2-18 : à partir de la séance 2, chaque rencontre, dans la mesure du possible, se structure de la manière

suiivante évaluation du niveau d'anxiété sur une feuille remise aux thérapeutes, revue des tâches assignées, choix d'une situation vécue pendant la quinzaine précédente par un participant, jeux de rôle, travail théorique à partir des observations de la bande vidéo et du vécu des protagonistes, assignation de tâche pour la séance suivante, relaxation, évaluation du niveau d'anxiété.

Conclusion

Il est indiscutable que les thérapies comportementales et cognitives ont apporté une contribution significative dans les principaux domaines de la psychopathologie. L'intérêt et l'efficacité des TCC dans l'alcoolisme sont reconnus officiellement par plusieurs organismes : l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'APA (*American Psychological Association*), la SFA (Société Française d'Alcoologie) ou l'ANAES (l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation). Il est donc paradoxal de voir que leur diffusion en France rencontre parfois des oppositions à l'avantage de thérapeutiques qui n'ont jamais démontré scientifiquement leur validité.

Références

1. ALLARD C. (1985). *Utilisation des représentations mentales dans les modifications comportementales et cognitives vis à vis de l'alcool*. Prix Robert Debré. Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'alcoolisme.
2. AUBIN H.J., LAGNEAU A. (2000). *PHARES : Programme vidéo d'aide cognitivo-comportementale dans la prévention de la rechute alcoolique*, 22(4), 337-346.
3. BARRUCAND, D. (1996). *Le choix thérapeutique en Alcoologie, Alcoologie*, vol 18(3), 293-296.
4. BECK A.T., CLARK D.A. (1997). An information processing model of anxiety : Automatic and stratégic processes. *Behaviour Research and Therapy*, vol 35(1), 49-58.

5. BECK A.T., WRIGHT F.D., NEWMAN, C.F., BRUCE S.L. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York : Guilford Press.
6. BRADIZZA C.M., STASIEWJCZ P.R., MAISTO S.A. (1994). A conditioning reinterpretation of cognitive events in alcohol and drug cue exposure. *Journal of Behaviour & Experimental Psychiatry*, vol 25(1): 5-22.
7. CLARK D.M., FAIRBURN C.G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Edited by D. M. Clark and C.G. Fairburn. Oxford : University Press.
8. COTTRAUX J. (1985a) BASIC IDEA. In J. COTTRAUX, M. BOUVARD, P. LEGERON (Edition). *Méthodes et échelles d'évaluation de comportements*. Issy les Moulineaux : Edition d'Application Psychotechnique. 64-70.
9. COTTRAUX J. (1985b). Grille SECCA. In J. COTTRAUX, M. BOUVARD, P. LEGERON (Edition). *Méthodes et échelles d'évaluation de comportements*. Issy les Moulineaux : Edition d'Application Psychotechnique. 64-70.
10. DAVIES P. ((1987). Conditioning the basis of all psychological activity. In W.M.J. BAKER, M.E. HYLAND, H. VAN RAPPARD, A.W. SAATS (Eds), *Current issues in theoretical psychology*. Amsterdam Elsevier, 23-35.
11. ERALDI-GACKIERE, D., GRAZIANI P., HAUTEKÈETE M. (2001). Cas clinique : Développement de la motivation et modification des croyances addictives chez un patient alcoolodépendant, travail préparatoire à une prise en charge TCC. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, vol 11(4), 141-151.
12. HAMMERSLEY R. (1992). Brief Report Cue Exposure and Learning Theory. *Addictive Behaviors*, 17, 297-300.
13. FOLLY F., HAUTEKÈETE M., GRAZIANI P., GIBOUR B. (2001).
14. Le modèle cognitivo-comportemental de l'alcoolodépendance. Élargissement dans une perspective familiale. *Alcoologie et Addictologie*, vol 23(3), 419-427.

15. GACKIERE-ERALDI D., GRAZIANI P., GIBOUR B., HAUTEKÈETE M. (1997). Application la Thérapie Cognitivo-Comportementale en cure alcoologique. *Dépendances*, vol 9(1): 31-36.
16. GRAZIANI P. (2002). L'exposition aux stimuli alcooliques : aspects théoriques. *Alcoologie et Addictologie*, vol 24(3), 217-224.
17. GRAZIANI P., DE SAINT AIJBERT C., LEPORTOUX D., (2002). Comment utiliser chez le patient hospitalisé la technique d'exposition à l'envie de boire? *Alcoologie et Addictologie*, vol 24(1).
18. GRAZIANI P., ERALDI-GACKIERE D., RUSINEK S., GIBOUR B.,
19. HAUTEKÈETE M. (1998a). Familles et entourage dans la cure en *Alcoologie*, vol 20(4), 1-6.
20. GRAZIANI P., RUSINEK S., LOOSFELD X., GIBOUR B. , HAUTEKEETE M. (1998b). Projet d'alliance en cure alcoologique pour une santé écologique. *Synapse*, 44, 29-33.
21. HAUTEKEETE M. (1998). Principes générateur des thérapies cognitives. In B. SAMUEL-LAJEUNESSE, Ch. MIRABEL-SARRON, L. VERA, F. MEHRAN et coll. (Eds). *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*, Paris : Dunod.
22. HAUTEKEETE M., ALLARD C., VETEAU P. (1990). Rechute et apprentissage de la consommation contrôlée : le modèle cognitivo-comportemental. In G. CARO (Eds), *De l'alcoolisme au bien être*. Paris : L'Harmattan.
23. HAUTEKÈETE M. COUSIN I., GRAZIANI P. (1999). Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolodépendance : un test du modèle de Beck : schéma anticipatoire, soulageant et permissif. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, vol 9(4), 108-112.
24. HUDOLIN V.L., DESTEFANI R., FOLGHERAITER F., PANCHERI R. (1987). *I club degli alcoolisti in trattamento*. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
25. KORNREICH, C., NOEL, X., FONTAINE, E., MINNER. P., PELC. I. (1996). Les théories cognitivo-comportementales de l'addiction. *Dépendances*, vol 8(2), 5-10.

26. LABERG J.C. (1990). What is presented and what is prevented in cue exposure and response prevention with alcohol dependent subjects ? *Addictive Behaviors*, 5, 367-386.
27. MARLATT G.A., GORDON, J.R. (1985). *Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. New York : Guilford.
28. NIAURA R.S., ROHSENOW D.J., BINKOFF J.A., MONTI P.M., PEDRAZA M., ABRAMS D.B. (1988). The relevance of cur reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
29. STAIGER P.K., WHITE J.M. (1988). Conditioned alcohol like and alcohol opposite responses in humans. *Psychopharmacology*, 95(1), 87-91.
30. NEISSER U. (1976). *Cognition and Reality*. San Francisco, W.H. Freeman.
31. MIRABEL-SARRON C., VERA L. (1995). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.
32. MARLATT G.A. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In G.A. MARLATT, J.R. GORDON (Eds.), *Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. New York : Guilford.
33. TISON P, HAUTEKÈÈTE M. (1998). Mise en évidence des schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes. *Journal de Thérapies Comportementales et Cognitives*, vol 8(2), 43-49.

Recherche réalisée sans intérêts partagés.