

Les groupes d'entraide: complémentarité ou concurrence avec les psychothérapies?

*Daniela Danis, Psychologue FSP-Psychothérapeute ASP, Responsable de l'Unité des maladies de la dépendance, Clinique La Métairie, Nyon
Pascal Gache, Médecin responsable, Unité d'alcoolologie, Département de Médecine Communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève*

La participation à des groupes d'entraide a été intégrée comme élément du programme thérapeutique de rétablissement de l'alcoolisme dans les années qui ont suivi la naissance des groupes Alcooliques Anonymes (1). L'originalité de ces groupes tient en plusieurs points et notamment en l'absence de professionnels pour diriger le groupe, dans l'entraide entre les malades et enfin dans la proposition d'un modèle de rétablissement global (physique, psychique, social et spirituel) visant l'abstinence selon un programme en 12 étapes.

Introduction

Dans un article publié récemment s'intéressant à la prise en charge et au suivi à un an de malades dépendants (alcooliques, cocaïnomanes, pharmacodépendants...), les auteurs rapportent que le traitement qui a eu les meilleurs résultats est celui qui combine l'approche psychothérapeutique avec la participation à des groupes d'entraide tels que les Alcooliques Anonymes. D'après les auteurs de cette étude naturaliste (2), les patients qui ont suivi un traitement résidentiel et qui ont participé à une post-cure sont restés, en moyenne, abstinentes plus longtemps que ceux qui n'ont pas suivi de post-cure. Le suivi qui associait la combinaison d'une psychothérapie avec une participation à un groupe d'entraide (tel que Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes ou Cocaïnomanes Anonymes), a permis à 63% des patients de ce groupe de rester abstinentes dans l'année suivant leur traitement résidentiel. Dans les autres groupes de patients, les résultats étaient les suivants: 24% sont abstinentes lorsqu'ils ne font aucune post-cure, 29% des patients sont abstinentes dans le groupe qui a suivi une psychothérapie après la période de traitement résidentiel. Dans le groupe dont la post-cure consistait exclusivement en une participation à un groupe d'entraide, 49% des patients sont restés abstinentes. Ces résultats qui concernent 3018 hommes atteints d'une ou plusieurs dépendances, ne sont pas modifiés par l'éventuelle présence d'une comorbidité psychiatrique (psychoses, troubles affectifs, troubles anxieux) et confir-

ment, sur un grand échantillon, l'intérêt d'associer les deux approches thérapeutiques.

Un travail similaire (non publié) a été entrepris à la Clinique la Métairie en 1993. Ses résultats sont en accord avec les conclusions de l'étude de Crosby Ouimette.

Complémentarité des deux approches

La combinaison de ces deux approches, psychothérapie et groupes d'entraide, existe déjà dans les programmes thérapeutiques de certains centres de traitement des addictions et notamment ceux qui utilisent le modèle Minnesota (3). Ce modèle s'inspire de deux sources: l'une se base sur les principes des AA et le programme en 12 étapes et l'autre repose sur une synthèse de différentes techniques psychothérapeutiques issues de la psychologie cognitive et comportementale, de la gestalt, de la thérapie systémique et de l'analyse transactionnelle. Le traitement intègre les deux approches sous forme de psychothérapie individuelle et de groupe et des séances centrées sur le programme des 12 étapes des Alcooliques et des Narcotiques Anonymes pendant et après le séjour hospitalier. Il faut noter que, dans ce modèle, la participation des personnes proches est aussi fortement souhaitée au travers d'entretiens de famille et d'un suivi en groupe parallèlement au traitement et à la post-cure du patient. Les personnes proches sont aussi invitées à participer à des groupes d'entraide de type Al-Anon pour les personnes proches des alcoo-

liques et Nar-Anon -pour les proches des toxicomanes - (4).

Face à la puissance du besoin de consommer et en dépit de promesses faites à lui-même et à son entourage, le malade dépendant n'arrive pas à éviter de consommer. Si, à plusieurs reprises, il a pu arrêter de le faire, pour autant il n'a pu généralement maintenir durablement cet arrêt, obsédé et envahi par le manque. L'envie devient alors impérieuse et amène à des rechutes répétées que chaque malade dépendant connaît. Face à ce sentiment d'urgence, la réponse psychothérapeutique rythmée de façon pré-établie, avec un horaire fixe peut se révéler insuffisante. Malgré un travail sur la prévention de la rechute qui prend en compte les situations à risque les plus fréquentes, l'appel à consommer peut se manifester à des moments totalement imprévus, et surtout hors des heures fixées par la prise en charge de la psychothérapie formelle. Dans ces situations imprévues, le réseau des groupes d'entraide offre une disponibilité d'écoute 24h/24h, à même de répondre au caractère imprévisible et urgent de la crise. Cette accessibilité prend en compte la nature même du phénomène de dépendance, notamment son aspect compulsif (5).

Bill Wilson, un des fondateurs des Alcooliques Anonymes qui, après la création de son mouvement, suivit parallèlement une psychothérapie, rappela la complémentarité des deux démarches. Il fut encouragé par le psychiatre suisse Carl G. Jung, qui insista sur la nécessité d'accéder à une dimension spirituelle pour rester abstiné. "Spiritus contre spiritum" écrivit Jung à Bill, en 1961, pour appuyer son propos. Cette dimension spirituelle du programme des AA (qui a effectivement son origine dans des mouvements évangéliques) a souvent été mal interprétée, notamment parce que spirituel a été, à tort, assimilé à religieux. Ce n'était pas l'intention des AA qui souhaitaient que leur programme puisse bénéficier à tous les alcooliques désirant arrêter de boire, qu'ils soient croyants ou agnostiques. De plus, il est régulièrement fait appel dans le programme des 12 étapes à la notion de "Dieu tel que nous le concevons", ainsi qu'à la notion d'une "Puissance Supérieure", ces deux concepts rebutent fréquemment certains professionnels et certains patients. Ces derniers ont fait, malgré eux, l'expérience pendant des années qu'ils avaient perdu toute liberté vis-à-vis de leur consommation et que cette dernière était

devenue plus forte qu'eux. Ils ont été continuellement dépassés dans leur lutte pour contrôler leur consommation. Comme le rappelle Bateson, un des pionniers de la thérapie systémique, le malade s'inscrit dans une escalade symétrique (entre lui et l'alcool) dans laquelle il essaie d'être le plus fort mais où il se perd continuellement, avec d'autant plus de rage que son entourage lui reproche de ne pas savoir contrôler sa consommation (6). C'est l'abandon de cette escalade au profit d'une "Puissance Supérieure" dont la finalité est complémentaire et non plus symétrique qui pourra sortir le malade de son isolement et le mettre sur la voie du rétablissement.

Le besoin d'inclure l'aspect spirituel dans le processus de rétablissement peut être difficile à comprendre. En effet, après des années de dégradation, de

La combinaison d'une psychothérapie avec une participation à un groupe d'entraide a permis à 63% des patients de ce groupe de rester abstinentes...



Photo Interfoto

Les bénévoles peuvent être disponibles 24h/24

souffrances physiques et morales, les malades n'ont plus d'espoir de s'en sortir et ne croient plus à rien. C'est ce manque d'espoir, ce mal de vivre qui révèle un vide existentiel, spirituel. L'implication dans le programme des 12 étapes ainsi que la rencontre de personnes abstinentes, peuvent redonner l'espoir au malade de s'en sortir et lui permettre de retrouver un sens à sa vie. Malgré la différence effective entre spirituel et religieux au sein du programme des 12 étapes, certaines personnes ont de la difficulté avec le style utilisé dans les textes fondateurs des A.A. Conscients de l'intérêt de ce type de soutien en groupe, mais soucieux de se démarquer de ce style, des malades dépendants ont créé

aux Etats-Unis le mouvement Rational Recovery. Peu de données sont malheureusement disponibles à ce jour sur l'évolution de ce mouvement (7).

Les expériences au sein des groupes, d'entraide ou de psychothérapie, peuvent être complémentaires à une psychothérapie individuelle. La prise en charge psychothérapeutique pour sa part permet un travail approfondi qui aide la personne à découvrir les mécanismes qui déclenchent son besoin de consommer. Mais elle permet aussi de soigner d'autres aspects qui ne sont pas nécessairement liés à sa dépendance (tels que troubles de la personnalité, les troubles anxieux, les phobies, le stress post-traumatique, etc.). De la même manière, des problèmes de communication peuvent précéder ou être la conséquence de la maladie de la dépendance. C'est ainsi que fréquemment des thérapies de couple et de famille sont nécessaires au début du traitement ou même après un certain temps d'abstinence.

Limites de la psychothérapie et des groupes d'entraide

La rencontre d'un malade avec ses pairs dans un groupe d'entraide lui permet de partager son expérience au sein d'un environnement dans lequel il ne se sent pas jugé (ce qui constitue un de ses plus grands soucis a priori) mais, au contraire dans lequel il se sent compris. L'effet miroir est aussi un puissant moteur pour diminuer le mécanisme de déni (8). Toutefois, le partage dans les séances de groupes d'entraide n'est pas interactif. Cette règle de fonctionnement permet aux participants une liberté d'expression très appréciée; a contrario, le manque de "feed-back" peut empêcher certains participants de mettre en question des attitudes, des habitudes ou encore certains comportements. La psychothérapie individuelle et de groupe peut quant à elle, utiliser l'interpellation et la confrontation pour amener le patient à une prise de conscience qui lui permettra de changer de comportement. Elle peut aider les patients à éviter des partages parfois répétitifs et convenus. Elle les encourage aussi à surmonter une certaine passivité

et optimise une interaction plus rapidement honnête et authentique (9).

Par ailleurs, la psychothérapie est limitée dans le temps. Elle peut s'étendre de quelques séances à quelques années. Mais ce travail psychothérapeutique se conçoit avec une fin. Par contre, la participation à des groupes d'entraide est sans limite temporelle formelle. Ceci a fait craindre à certaines personnes que les malades dépendants deviennent dépendants de ces groupes. Si on considère que la maladie de la dépendance se caractérise, entre autres, par des conséquences négatives qui naissent de la consommation excessive d'alcool et d'autres psychotropes, quelles conséquences négatives auraient pour cause la participation à des groupes d'entraide ? La dépendance est en effet inhérente à la nature humaine, c'est ainsi pour le besoin d'eau, de nourriture et de relations affectives. En outre, certaines personnes pratiquent du sport de façon régulière, vont à la messe, au cinéma pour soigner ou améliorer leur bien-être. La fréquentation des groupes d'entraide poursuit le même objectif de qualité de vie. Une participation régulière à ces groupes permet aux malades dépendants de ne pas oublier leur parcours et par là même d'éviter que le déni ne se réinstalle laissant alors le champ libre à une rechute.

Malgré la présence de ces atouts, certains patients semblent ne pas pouvoir bénéficier de la fréquentation d'un groupe d'entraide et peuvent, malgré tout, se rétablir durablement sans y faire appel. Malheureusement, les personnes connues publiquement (médecins, avocats, comédiens, politiciens...) craignent d'être reconnues et invoquent fréquemment cette raison pour ne pas se rendre dans ces groupes. D'autres s'y adressent mais ne trouvent pas l'aide qu'ils espèrent. D'autres encore, ayant trop attendu pour se rétablir, présentent des syndromes psycho-organiques qui les rendent inaptes à bien comprendre et suivre le programme des groupes d'entraide. D'autres peuvent présenter des troubles de la personnalité tels que la participation à ces séances ne leur apporte pas le bien-être souhaité.

Conclusion

Psychothérapies et groupes d'entraide n'ont pas d'antagonismes mais participent chacun dans leur domaine aux offres thérapeutiques que le malade dépendant peut utiliser pour son rétablissement. L'association des deux approches couvre un champ plus large et augmente, nous l'avons vu, les probabilités de succès du patient. S'il n'y a pas de contre-indications formelles à l'une ou l'autre de ces approches, force est de constater qu'une partie des patients n'adhère pas à la démarche et refuse de poursuivre plus avant, d'autres encore n'arrivent pas à trouver par ces approches la solution à leur problème de dépendance. Il serait intéressant que de futures recherches apportent plus de précisions sur le profil des malades dépendants qui pourraient bénéficier de la psychothérapie, des groupes d'entraide ou de la combinaison des deux. Ces recherches devraient aussi permettre de comprendre pourquoi certains patients qui utilisent ces deux approches n'en tirent pas bénéfice.

Références

1. Les Alcooliques Anonymes. Service des publications françaises des A.A., Montréal, deuxième édition, 1985, 357 pp.
2. Crosby Ouimette P, Moos RH, Finney JW: Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. *J of Stud on Alcohol* 9: 513-521, 1998.
3. Spicer J: The Minnesota Model, Hazelden Foundation, Minnesota, 1993.
4. D'Epagnier C, Udry-Gremaud C: Le modèle Minnesota dans le traitement des addictions. Soumis pour publication.
5. CIM-10, OMS, Genève. Masson, Paris, 1993.
6. Bateson G: Vers une écologie de l'esprit, Tome 1. Seuil, Paris, 1977.
7. Rather BC, Murphy JD: Alcoholics Anonymous and rational recovery: readability of the "big book" versus the "small book". *Percept Mot Skills* 81: 1313-4, 1995.
8. Flores PJ: Group psychotherapy with addicted populations. The Haworth Press, New York, 1988.
9. Yalom I: The theory and practice of group psychotherapy. Basics books, New York, 1985.