

ETUDES & PRATIQUES EN PSYCHOLOGIE

VOL :4 N°2 /// PAGE 38/51



A CHACUN SA VÉRITÉ : LA THÉRAPIE SUR MESURE, LE PATIENT COMME PRINCIPE ACTIF. UN CAS CLINIQUE.

*To each his own: Patients as the active ingredient of tailored
therapy. A case study.*

Laetitia Ribeyre

*Cette article est destiné à la recherche et à l'enseignement.
Il ne peut être utilisé dans un but commercial.*

Ecole de Psychologues Praticiens

Email: lribeyre@yahoo.com

doi : 10.17019/2014.EPP.2.4-04

Résumé :

Avec l'évolution des outils thérapeutiques, nous mesurons l'importance d'une personnalisation des prises en charge, afin qu'elles soient ajustées au patient et à son trouble spécifique. Cette nouvelle conception intègre le patient dans l'élaboration même de son traitement, permettant une nouvelle créativité clinique qui offre des solutions jusque-là inexplorées. Après avoir présenté le concept de codépendance et les groupes basés sur le modèle des 12 étapes, nous évoquerons un cas clinique qui illustre la nécessité de cette nouvelle approche. En effet, ce cas nous permet d'entrevoir qu'un investissement massif du groupe, pouvant être considérée comme inadaptée en théorie, offre en fait un nouveau point d'équilibre à cette personne souffrant de codépendance. C'est en suivant son intuition qu'elle a su trouver sa thérapie sur mesure, qui s'éloigne des solutions thérapeutiques classiques, et qui fonctionne comme l'entité régulatrice dont elle manquait jusqu'alors. Ces partenariats entre thérapeutes et patients permettront de réinterroger la question de la santé mentale et de ne plus être dans la recherche unique de l'amoindrissement des symptômes psychopathologiques.

Mots clefs : Thérapie ajustée, codépendance, programme de 12 étapes, thérapie de groupe

Abstract :

With the evolution of therapeutic tools, we have come to realize how important customizing treatment is, in the hopes of adjusting it to each patient and their specific difficulties. Thus, the patient becomes part of the development of his treatment plan, allowing for a new level of clinical creativity making it possible to explore new solutions. After having presented the concept of codependency and groups based on the 12-step model, we will detail a case study that illustrates the usefulness of such an approach. In this case, we can see how the subject's important commitment to the group, usually considered to be inappropriate in theory when excessive, actually helped this person find new stability, especially concerning codependent symptoms. By following her intuition, she tailored her therapy to her needs, thus shying away from usual therapeutic solutions and allowing her to regulate her emotions in a way she never had before. Creating these patient-therapist partnerships will push us to question the idea of mental health and look past the usual desire to simply lessen psychopathological symptoms.

Keywords : Tailored therapy, codependency, 12 step programs, group therapy

‘Il est parfois beaucoup plus important de savoir quel patient a le trouble plutôt que quel trouble a le patient’— Sir William Osler

Plus le champ de la psychothérapie évolue, plus il devient évident que la proposition d'un traitement unique et identique pour tous nos patients est inappropriée. Cette pratique, contraire à l'éthique qui régit le métier de psychothérapeute (Norcross et Wampold, 2011), ne répond plus aux besoins actuels de la santé mentale. Depuis une vingtaine d'années dans les pays anglo-saxons, le mouvement de rétablissement, ou *recovery*, a vu le jour (Marmion, 2014). En effet, cette nouvelle conception du soin prend en compte l'expertise du patient, envisage des prises en charge qui permettent la réintégration sociale, et nécessite la participation des associations de patients et de leurs familles pour trouver de nouvelles solutions. La visée des soignants de cette nouvelle chapelle est de compenser les symptômes de la maladie, sans forcément vouloir complètement les éradiquer, à l'aide du patient qui « se voit presque professionnalisé » (Marmion, 2014, p.7). En Angleterre et au Québec, des programmes de formations pour les professionnels de santé, animés par leurs anciens patients, commencent à s'établir. Ces nouvelles approches permettront d'adapter les formats thérapeutiques à chaque individu, et de s'affranchir des dogmes théoriques qui empêchent la créativité clinique. Certains professionnels de la santé mentale affirment même que l'auto-thérapie, ou *self-therapy*, est possible, le psychothérapeute n'étant pas indispensable

dans tous les cas (Farrell, 2003). En effet, Farrell (2003) estime que le patient est celui qui connaît le mieux son terrain émotionnel et que pour certaines difficultés psychologiques, il suffirait de lui transmettre quelques outils pour qu'il sache le naviguer. Le paysage clinique est en pleine mutation, et le patient le façonne à l'aide de ses thérapeutes.

Autour d'un cas clinique, nous détaillerons tout d'abord la symptomatologie de la codépendance, pour ensuite tenter de résumer les divers bénéfices offerts par une participation aux groupes du Modèle Minnesota (AA, Al-Anon, NA, etc¹). Comprendre les mécanismes à l'œuvre dans les programmes à 12 étapes permettront de concevoir comment notre patiente a pu les investir autant, et avec succès. Nous détaillerons par la suite la littérature actuelle concernant les thérapies sur mesure, ou ajustées, qui placent le patient au centre de la prise en charge. En effet, ce cas clinique nous permet d'entrevoir l'utilité d'une prise en compte des préférences et particularités du patient, qui peut lui-même commencer à trouver des approches qui permettront un mieux-être. Enfin, à la lumière de ces diverses théorisations, nous essayerons de comprendre l'implication massive de notre patiente dans les groupes self-help². En effet, cette conduite peut être considérée comme pathologique d'un point de vue théorique, mais en réalité cet hyperinvestissement groupal s'avère bénéfique et stabilisant pour elle.

I. La codépendance

D'après Daniela Danis, psychologue spécialiste de la codépendance, ce trouble peut être compris comme une « complémentarité relationnelle avec le malade dépendant » (Danis, 2013, p.1). En effet, la codépendance se caractérise par « des pensées obsédantes, qui ne se réfèrent pas à un produit, mais aux comportements d'une personne dépendante, et qui se soldent par la compulsion à l'aider à n'importe quel prix, malgré les conséquences négatives qui en découlent » (Danis, 2013, p.1). Dans ce couple codépendant-dépendant, chacun maintient le comportement de l'autre, le plus souvent de manière inconsciente. Peu à peu, une déresponsabilisation de la personne dépendante s'opère, facilitant une sur-responsabilisation du codépendant, qui assouvit alors son désir d'hypercontrôle (Danis, 2013). La personne codépendante essaiera de maintenir l'équilibre relationnel ainsi, rendant difficile un travail thérapeutique ou de sevrage. En effet, l'hypercontrôle peut se caractériser par un parasitage du sevrage, ou bien une facilitation de la consommation (Angel et Angel, 2003).

Rusnakova (2014) pense que la relation codépendante pourrait se dérouler selon plusieurs phases, s'apparentant à celles du deuil de Kubler-Ross : le déni, la colère, un besoin de secourir, la tristesse, la haine et la réconciliation. De la même façon que pour le deuil, ces stades peuvent alterner, variant en durée et en intensité. C'est Beattie (2006, cité par Rusnakova (2014), référence pour ce trouble aux Etats-Unis, qui avait souligné ce parallèle, mais deux phases importantes sont ajoutées à la théorisation initiale de Kubler-Ross. En effet, Rusnakova (2014) y ajoute le besoin de secourir, caractérisé par des comportements contradictoires du codépendant envers la personne dépendante qui entretiennent la consommation et la font empirer, et la haine, décrite comme une colère passive qui crée une distance psychologique avec la personne qui en est l'objet.

Longtemps, une conceptualisation aboutie manquait pour clarifier les origines et les symptômes du phénomène codépendant. Hughes-Hammer et al. (1998) ont cependant tenté de le diviser en cinq symptômes majeurs, réutilisés dans leur échelle de mesure (le CODAT) :

1. *Alcooliques Anonymes, Al-Anon, Narcotiques Anonymes*

2. *Ce sont des groupes d'entraide mutuelle, regroupant généralement des personnes ayant un problème ou une difficulté en commun.*

Focalisation sur autrui / Négligence de soi-même

Comme cela a été reprecisé par Danis (2013), le codépendant se reconnaît souvent par son besoin irrépessible de contrôler l'autre ou les événements. Ce surinvestissement de la vie de l'autre se met en place au détriment d'une prise en compte de ses besoins personnels : le codépendant se néglige, faisant abstraction de son propre vécu émotionnel. Ce symptôme central mène à des symptômes secondaires dont l'estime de soi chutée, le fait de cacher son vrai self et les problèmes médicaux.

L'estime de soi chutée

Chez les codépendants, il existe une autocritique et une dépréciation importantes souvent couplées à un sentiment de honte, de culpabilité et d'humiliation. Cette mauvaise estime de soi est souvent expliquée par un environnement précoce chaotique, où le sentiment de honte infiltrait inmanquablement les liens familiaux.

Le fait de cacher son vrai self

Le codépendant cache son vrai self, proposant à son entourage une façade positive pour dissimuler et contrôler ses émotions négatives. Il réprime donc ses sentiments de manière excessive. Un faux self émerge du fait d'un déni émotionnel massif, qu'Uhle (1994, cité par Doheny, et al., 2000) considère comme le symptôme central de la codépendance. Wright et Wright (1991, 1995, cités par Hughes-Hammer et al., 1998) décrivent la codépendance comme un trouble de la personnalité caractérisé par l'externalisation de la faute, la minimisation des difficultés et des attentes positives irréalistes. A leur tour, Crothers et Carren (1996, cité par Hughes-Hammer, Martsof et Zeller, 1998) montrent que la codépendance est significativement corrélée à l'inhibition de l'expression individuelle.

Les problèmes médicaux

Il n'est pas rare qu'une personne souffrant de codépendance perçoive son état de santé comme moins bon que la moyenne, générant alors beaucoup d'inquiétude, fondée ou non. Comme les hypocondriaques, ils peuvent en effet craindre que leur corps leur fasse défaut. Gotham et Sher (1996, cités par Hughes-Hammer et al., 1998) montrent que les plaintes physiologiques sont significativement corrélées aux scores élevés de codépendance. D'ailleurs, ces symptômes ont tendance à s'estomper lorsqu'une prise en charge de la codépendance se met en place (Loughead, Kelly et Bartlett-Voigt, 1995, cité par Hughes-Hammer et al., 1998).

Les difficultés dans la famille d'origine

Selon Danis (2013), la codépendance prend racine dans les expériences précoces de l'enfance. Même si cette problématique est souvent décelée dans une relation de couple, elle est toujours antérieure à celle-ci car elle est le produit d'une modalité relationnelle consolidée dès le plus jeune âge. Hughes Hammer et al. décrivent ce symptôme comme une tristesse ressentie du fait d'avoir grandi dans une famille chaotique et troublée. Ce sont ces premières relations de l'enfant qui expliquent le développement de comportements inadaptés adoptés par l'individu codépendant. Beattie (1991) décrit l'alcoolisme comme une maladie de famille, impactant chacun de ses membres, et nous pouvons transposer cette théorie systémique à tous les troubles retrouvés dans les familles de codépendants, qu'ils soient addictifs ou non. De plus, lorsque nous nous penchons sur le passé d'un patient codépendant, où nous retrouvons souvent la pharmacodépendance, il était impossible que les sentiments et réactions appropriés puissent être exprimés, générant un mal-être indicible et inexprimé.

Beattie (1991) reconnaît le flou existant autour de cette théorisation, critique fréquente faite à ses concepteurs, souhaitant y répondre avec un modèle plus souple, décrivant les principaux

mécanismes de défense à l'œuvre, ainsi qu'un rapport à soi et à autrui tout particulier. En effet, le refoulement, la dénégation et le déni régissent le rapport à la réalité et les modalités relationnelles de l'individu codépendant. Le refoulement permet de repousser les pensées et sentiments indésirables en dehors de la conscience, maintenant la rigidité qui masque une réelle vulnérabilité. Le déni et la dénégation assurent, à leur tour, le maintien à distance une réalité perçue comme inconfortable, voire intolérable. Le modèle de Beattie vient confirmer les idées de Hughes-Hammer et al. (1998) au sujet du rapport à soi, qu'elle définit comme dévalorisant. Le rapport à autrui, lui, est caractérisé selon elle par l'hypervigilance et la domination.

Dans le cas clinique que nous détaillerons par la suite, la codépendance est née et s'est maintenue dans des relations touchées par l'addiction, mais O'Brien et Gaborit (1992, cité par Estock et al., 1999) affirment que cette symptomatologie peut s'associer à des troubles se trouvant en dehors du champ de l'abus de substance, tels que la dépression ou la maladie physique chronique. En effet malgré le flou conceptuel autour de la codépendance, une revue de la littérature à ce sujet semble confirmer « ce que les théoriciens de la codépendance pressentent : une réelle souffrance existe chez les personnes qui sont en lien étroit avec les personnes souffrant d'alcool-dépendance » (Ribeyre, 2014). L'objectif d'un travail thérapeutique ou thérapeutique sera de « découvrir qu'aider c'est permettre à l'autre de s'assumer. Ce processus leur permettra ainsi de faire la différence entre l'aide qui est une vertu humaine et la codépendance qui est une 'maladie relationnelle' » (Danis, 2013, p.4)..

II. Les groupes du Modèle Minnesota

1. Description brève

Ces groupes de self-help, ou d'aide mutuelle, représentent une alternative efficace et actuellement prisée pour l'abus de substance (Humphreys, 2004, Tonigain, Toscova et Miller, 1996 cité par Groh et al., 2008) et la codépendance. Développés par Bill Wilson et Bob Smith aux Etats-Unis dans les années 30, ces groupes présentent des caractéristiques inhabituelles, comme une idéologie forte et des règles d'interaction précises lors de leurs réunions, les différenciant ainsi des thérapies de groupe classique. Durant les réunions, les membres partagent leurs expériences sous forme de monologue, les commentaires directs des autres membres étant interdits (Kuuluvainen et Isotalus, 2014). Ces groupes sont gratuits, formés sur la base du volontariat et autodirigés. De plus, l'adhésion n'est limitée dans le temps, car les réunions servent de soutien même une fois le symptôme estompé. En effet, le groupe est souvent ouvert, ce qui signifie que différents membres sont présents à chaque réunion et de nouveaux venus sont accueillis. Il n'y a pas de fin de soin en soi car de nombreuses personnes viennent avec ce premier désir d'abstinence, et ne cessent jamais de se rendre à des réunions. Ils y assistent notamment pour parler de la gestion de leur quotidien, et ce sont donc les envies et les besoins du groupe qui orientent la discussion. Aucun professionnel ne prend part lors des réunions mais cette modalité de soin est souvent utilisée comme complément d'un traitement dirigé par des professionnels de la santé.

2. Effets bénéfiques

Les nombreuses études qui se penchent sur les effets bénéfiques des groupes s'appuyant sur le Modèle Minnesota affirment qu'ils permettent de faciliter les changements au sein du réseau social (Kaskutas et al., 2003 ; Kelly et al., 2010 cités par Kelly et Greene, 2013), d'améliorer le coping, la motivation et l'auto-efficacité (Humphreys et al., 1999 ; Kelly et al., 2012, 2000 ; Morgenstern et al., 1997 cités par Kelly et Greene, 2013) et de développer la spiritualité (Kelly et al., 2011a ; Krentzman et al., 2013 ; Robinson et al., 2007 ; Zemore, 2007 cités par Kelly et Greene, 2013). L'évaluation psychométrique de Kelly et Greene (2013) sur les bénéfiques d'AA montrent que ces groupes offrent également une amélioration de l'état cognitif, affectif et com-

portemental. En effet, le bien-être psychologique et la diminution des « cravings » sont à noter pour les personnes ayant des problèmes avec l'alcool. De plus, le groupe permet également de réduire les symptômes dépressifs (Rychiatric et McGillicuddy, 2005 cité par Kuuluvainen et Iso-talus, 2014), que l'on retrouve souvent dans le tableau clinique de l'alcoolique et du codépendant.

Des renforcements négatifs (comme l'absence de craving, élimination de regrets dans le passé, etc.) ainsi que positifs (la gratitude, un nouveau sens donné à sa vie) aident les membres à maintenir leur sobriété (Kelly and Geene, 2013) dans le cas de l'abus de substance, mais aussi à maintenir des comportements sains, dans le cas de la codépendance. Lorsque ces personnes en difficulté acceptent enfin de venir au groupe, ils éprouvent un grand sentiment de soulagement. Ils peuvent enfin partager leur souffrance, et s'identifient aux autres membres ce qui permet peu à peu l'avènement d'un sentiment d'appartenance (Danis, 2013).

Grâce au groupe, les participants peuvent « commencer à apprendre à respecter leurs limites physiques et psychiques ainsi que leurs besoins affectifs, financiers et existentiels. » (Danis, 2013, p.4). D'après Babor et Del Boca, (2003 cités par Galanter 2007), les bénéfices tirés des groupes de 12 étapes sont équivalents à ceux offerts par une approche TCC ou motivationnelle. Initialement conçus pour des troubles addictifs, ces groupes proposent maintenant un soutien pour beaucoup de pathologies et symptômes pour lesquels la compulsivité est un élément central. Par exemple, Al Anon, mis en place pour les familles et amis de personnes souffrant d'addictions, fonctionne avec une condition de « non traitement », le but étant d'arrêter de réagir et de s'impliquer dans la vie de l'autre. Dans une étude de Dittrich et Trapold (1984, cités par Miller, Meyers et Tonigan (1999)), des femmes d'alcooliques non soignées ont été étudiées quelques semaines après leur adhésion au groupe : le niveau de dépression et d'anxiété avait diminué, et la quantité de comportements de facilitation (« enabling ») baissait également. Nous notons donc son utilité pour des patients, comme celle décrite dans notre cas, qui souffrent également de codépendance. Nous détaillerons ici les deux composantes majeures du groupe qui permettent ces bienfaits: la composante spirituelle et la composante sociale.

3. La composante spirituelle

Galanter (2007) décrit les groupes issus du Modèle Minnesota comme un réel mouvement de rétablissement spirituel. La spiritualité peut être définie comme le sens qu'un individu donne à sa vie (Puchalski, Dorff et Hendi, 2004 cité par Galanter 2007 p.266) et ces groupes souhaitent souligner leur distinction nette avec la religion théiste. C'est en faisant partie d'un système social qu'ils trouveront un sens nouveau et transcendant à leurs vies mais c'est le « higher power », ou la puissance supérieure, qui leur en donnera la force : « Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter (11ème étape d'AA). Les Douze Promesses qui sont lues au début de chaque réunion permettent d'entrevoir les bienfaits de ce « spiritual awakening », ou éveil spirituel. Quelques exemples permettent de mieux le comprendre : « Si profonde qu'ait été notre déchéance, nous verrons comment notre expérience peut profiter aux autres » et « Mettant nos propres intérêts de côté, nous nous intéresserons davantage à nos semblables ». Les participants parlent souvent de Dieu, mais évoquent en fait d'une force spirituelle qui les dépasse et qui guide leur rétablissement. Ces étapes soulignent notamment l'importance de se détourner de soi pour aider les autres, conseil qui prendra tout son sens dans le nouveau réseau social qu'ils créent petit à petit.

D'après O'Hara (2002), il est possible que l'investissement religieux et la spiritualité soient corrélés à la bonne santé mentale et la satisfaction maritale. A l'inverse, une absence de spiritualité pourrait, selon lui, mener à la détresse psychologique (comme la dépression, le suicide) l'abus de substance illicite, l'abus d'alcool et la délinquance. L'abus de substance, ou la volonté de contrôler l'autre, viennent souvent combler un vide ou une béance narcissique ancienne. Nous comprenons alors qu'il faille trouver une nouvelle façon, saine, de combler cela dès le début du rétablissement. Au fur et à mesure, plus les participants intégreront et s'approprieront ce nouveau sens plus leur estime de soi s'en verra progressivement amélioré.

4. La composante sociale

Dans une thérapie de groupe classique, on encourage généralement les patients à éviter de tisser des liens d'amitié avec les participants. Au sein des programmes de 12 étapes, ceci est au contraire présenté comme un mode de soin, car les nouveaux amis privilégiés et parrains permettront la création d'un nouveau contexte social fort (Georgi, Flores, 2005). En effet, aider ceux qui sont dans le besoin quand on est soi-même en rétablissement donne également un nouveau sens à la vie. Ceci crée une confiance et permet peu à peu de se décentrer de soi-même (Carroll, 1993). Ce sont d'ailleurs généralement les sponsors qui ont les taux de rechute les plus bas.

Le volet social d'une prise en charge paraît donc central. Le soutien social, que de nombreuses études relient au bien-être global (Cohen et Wills, 1985, cité par Groh et al., 2008), maintient la santé et donne accès à des ressources et des informations qui favorisent des comportements propices à la bonne santé (Galanter, 2007). De plus, le soutien social (ou perçu) crée un effet buffer contre le stress, qui est souvent l'élément déclencheur dans le cadre des troubles compulsifs.

Kelly et al. (2011) affirment qu'AA, et ses diverses déclinaisons, facilite le rétablissement (recovery) en mobilisant des changements adaptatifs grâce au réseau social offert par le groupe. Ceci permet de s'éloigner des liens sociaux qui avaient tendance à encourager le comportement pathologique et à tisser de nouveaux liens qui permettent de maintenir la mise en place de nouvelles conduites adaptées. Ils soulignent l'importance de ce réseau, car l'évaluation des relations et des comportements des patients permet de prévenir les rechutes. Enfin, ces réseaux sociaux denses offrent des modèles aux nouveaux venus et leur permettent de s'engager dans des activités enrichissantes, même si ce sont notamment les liens, et non les activités, qui prédisent les bons résultats de traitement.

Le réseau social du patient est de plus en plus étudié car son impact sur les comportements sains, dont l'abus de l'alcool, est indéniable. Il est alors devenu un axe central de la recherche actuelle (Galea et al., 2004, Rosenquist et al., 2010; Valente, 2010 cités par Kelly et al., 2011). Groh et al. (2008) décrivent AA comme le programme de rétablissement le plus utilisé pour l'abus de substance, et leur étude tente de déceler les mécanismes sous-jacents qui rendent ce programme si efficace. Grâce au groupe, les participants maintiennent un nombre stable de relations amicales durant leur rétablissement, ce qui est rarement le cas ils se voient obligées de s'éloigner de leurs relations toxiques. Kus (1991, cité par Groh et al., 2008) affirme que les amis du groupe sont plus respectueux, jouent un rôle de soutien plus marqué et sont de confiance, à la différence des liens amicaux généralement entretenus avant AA. Le groupe offre non seulement la disparition du symptôme mais veut promouvoir un nouveau style de vie plus sain (Groh et al., 2008). Soutenir les autres est une manière efficace de se soutenir soi-même, d'où la longue période d'adhésion (Kuuluvainen et Isotalus, 2014). Cette méta-analyse de 24 études (Groh et al., 2008) permet notamment de renforcer la place accordée au soutien social dans le traitement, car l'adhésion à ce genre de groupes est mise en lien avec de nombreux changements qualitatifs et quantitatifs positifs dans le réseau des patients. En effet, le programme est divisé en 12 étapes, dont la plupart se penchent sur l'amélioration des relations plutôt que l'abstinence (Humphreys et Noke, 1997, cité par Groh et al., 2008). Le soutien social peut alors être compris comme un méta-concept (Vaux, 1985, cité par Groh et al., 2008) comprenant des nombreuses composantes (Barrera, 1986 cité par Groh et al., 2008). Groh et al. proposent en effet de différencier le soutien structurel, qui quantifie la composition d réseau social (Cohen et al., 2000 ; Cohen et Wills, 1985 cité par Groh et al., 2008) et le soutien fonctionnel, qui permet de comprendre la qualité de l'aide offerte par chaque personne du groupe (Zywiak, Longaboagh, et Wirtz, 2002). Ce soutien peut également être général, s'attardant sur le fonctionnement global de la personne, ou spécifique, c'est-à-dire qui se focalise sur un symptôme précis. Les groupes à 12 étapes offrent un soutien à la fois général et spécifique, ce qui potentialisant ainsi le soin.

III. Quelle thérapie pour quel patient ? La thérapie ajustée.

Nous savons aujourd'hui qu'il est impossible d'appliquer un modèle de thérapie à un patient sans pouvoir le moduler, voire y associer d'autres approches pour assurer une approche intégrative. Chaque thérapie doit être ajustée au patient, taillée sur mesure pour qu'elle lui corresponde au mieux. Nous souhaitons également, avec cet article, souligner le fait qu'un comportement considéré comme pathologique ou inadapté d'un point de vue théorique peut en réalité permettre au patient de trouver un point d'équilibre, neutralisant en quelques sortes sa symptomatologie. Nous détaillerons alors la subjectivité du concept de bien-être, la façon d'intégrer le patient à la thérapie et les méthodes d'adaptation du traitement.

Cette idée de la thérapie sur mesure naît d'une constatation : certains comportements que les soignants estiment pathologiques permettent aux patients de maintenir une certaine stabilité, voire d'accéder à un réel bien-être. La psychologie positive, qui connaît un développement important en France depuis quelques années, se focalise sur la création d'expériences positives et gratifiantes, plutôt que sur la résolution des éléments psychopathologiques d'une personnalité. Le chef de file de ce mouvement, Martin Seligman, estime que soigner les symptômes ne fait que ramener le patient « à zéro », sans lui apprendre comment accéder à un état de bien-être par la suite.

Autrefois, les thérapeutes cherchaient simplement à trouver la thérapie qui s'appareillait au mieux avec chaque trouble spécifique (Barlow, 2007; Nathan & Gorman, 2007; Roth & Fonagy, 2004 cités par Norcross et Wampold, 2011), négligeant le patient et ses spécificités. Cependant, cette méthode est incomplète, et souvent inefficace. La recherche nous permet aujourd'hui de trouver un équilibre entre généralité et particularité en adaptant la psychothérapie aux particularités d'un individu sans perdre de vue les directives identifiées par la recherche (Norcross et Wampold, 2011).

Le patient peut être considéré comme un co-thérapeute lors de la prise en charge, statut que les groupes d'entraide lui confèrent automatiquement. En effet, il est un principe actif du soin.

La médecine personnalisée gagne de plus en plus de terrain mais la psychothérapie est encore à des années lumières d'une telle sophistication, car nous méconnaissons tous les mécanismes thérapeutiques qui sont à l'œuvre (Kazdin, 2009 cité par Fonagy 2010). Les décisions cliniques personnalisées demeurent très difficiles à prendre. Selon Fonagy (2010), les études tentant de valider des formats de thérapie sont traitées, car les essais cliniques sont rares et difficiles à dupliquer. Seules les études qui se cantonnent à l'examen de conditions diagnostiques majeures semblent avoir leur validité. C'est en cela que le jugement clinique est nécessaire pour orienter l'adaptation individuelle du traitement. Seligman (1995) avait déjà évoqué cette idée selon laquelle un transfert des études sur l'efficacité vers la clinique était un raccourci dangereux, car la plupart des thérapeutes mettent en place des thérapies intégratives, ou éclectiques, qui ne peuvent pas faire l'objet de ce genre de recherches. Selon lui, 5 points essentiels sont oubliés dans ces études :

- Le temps d'une thérapie n'est jamais fixe.
- La thérapie s'autocorrige tout au long du processus.
- Les patients choisissent eux-mêmes une thérapie qui leur plait, augmentant donc l'investissement thérapeutique de base.
- Les patients présentent des comorbidités.
- Les études s'attardent uniquement sur la réduction du symptôme alors qu'une thérapie classique tente d'améliorer le fonctionnement global du patient.

Plusieurs facteurs sont donc à prendre en compte pour adapter une prise en charge au patient. De nombreuses recherches tentent de les définir, avec plus de 200 variables proposées comme marqueurs potentiels à ce jour, dont 100 ont fait l'objet d'études (Clarkin & Levy, 2004, cités par Norcross et Wampold, 2011). Norcross et Wampold (2011) estiment que quatre caractéristiques majeures sont à retenir pour adapter une thérapie aux besoins spécifiques d'un patient : la réactance/résistance, ses préférences, sa culture et enfin sa religion/spiritualité. L'objectif, selon eux, est de créer une nouvelle thérapie pour chaque patient.

IV. Cas Clinique : Marie, 43 ans

Marie est une femme de 43 ans, mère de trois jeunes filles adolescentes. Elle travaille à mi-temps en tant que vendeuse et investit le reste de son temps, ainsi que ses weekends, dans les groupes NA (Narcotiques Anonymes) et Al-Anon. Dans la littérature du Modèle Minnesota, nous l'appelons un « double winner » ou « double gagnante » de façon ironique, pour dire qu'elle souffre de deux troubles distincts pour lesquels elle se rend au groupe. En effet, bien qu'abstinente depuis une quinzaine d'années, Marie a eu un passé addictif lourd qui a débuté dans le cadre d'un contexte de séparation chaotique. Elle souffrait en effet d'héroïnomanie. Si elle se rend à Al-Anon, c'est qu'elle affirme aussi avoir beaucoup souffert de ses symptômes codépendants. Elle était toujours dans le contrôle de l'autre, vampirisante, et ceci a aussi affecté ses relations amicales et familiales. Elle pense que cela vient de son enfance, où elle s'occupait de sa mère souffrant de troubles mentaux. Elle décrit un contexte familial régi par une grande pudeur sentimentale où l'expression des sentiments était presque inimaginable.

Un jour, après des années d'engagement dans une relation toxique, elle dit avoir « touché le fond ». Elle consommait beaucoup de drogues, manquait d'estime de soi. Une amie lui parle alors de NA, et elle s'y rend, par curiosité. N'ayant jamais souhaité faire de thérapie classique, ces groupes semblent correspondre à ses attentes. Ce premier contact ne sera que le début, car elle investira alors massivement cette culture des 12 étapes, se rendant progressivement à de plus en plus de réunions. Aujourd'hui, une semaine ne passe pas sans qu'elle s'y rende cinq fois. Lorsqu'elle est aux Etats-Unis, où les réunions sont plus « sympathiques » selon elle, il lui arrive d'y aller deux fois par jour. Ce sont des « piqûres de rappel » qui l'aident à rester abstinente et vigilante quant à sa codépendance. En effet, elle fréquente également les groupes Al-Anon, sur les conseils de sa marraine qui a remarqué des symptômes codépendants dans son passé et dans sa relation avec son mari actuel, souffrant d'alcoolisme. Au-delà des réunions, elle endosse au fur et à mesure un rôle de mentor pour les autres. En effet, elle devient « sponsor » ou marraine de plusieurs femmes, s'entoure d'un cercle « d'amies privilégiées » et assure la trésorerie pour certains groupes. Sur sa table de chevet, on retrouve les livres considérés comme des références de ce mouvement, qu'elle parcourt avant de s'endormir.

Sur le plan relationnel, elle affirme que sa codépendance n'affecte plus ses relations, même si elle doit toujours faire attention. Son mari, anciennement alcoolique, se rend à des réunions à une fréquence moindre, mais tout de même importante. Ils leur arrivent d'y aller ensemble. Elle dit que c'est son « dévouement, ses valeurs » qui l'ont attiré et qui assure leur union durable. Ce sont ces valeurs qu'elle retrouve chez toute personne du groupe, qui sont les premiers à avoir compris et entendu son mal-être : « Je rencontre des gens, ces programmes m'ont reconnecté avec l'humain, avant je me sentais très seule, incomprise. Je ne voulais pas qu'on me connaisse et qu'on me comprenne. Et maintenant j'arrive et je suis chez moi ».

Ses amies privilégiées sont nombreuses. Elle en compte en effet douze, et dit que chacune d'entre elles lui apportent quelque chose de bien spécifique. Agées de 20 à 90 ans, elles proposent un large éventail d'aide et de conseils. A chaque difficulté, semble-t-il, correspond une amie du groupe :

« Lorsque j’ai besoin de relativiser, j’appelle celle qui est assistante sociale, elle est bohème mais très solide, a une très bonne écoute »

« Quand je rencontre des problèmes avec mes filles, j’appelle celle qui a des enfants du même âge. Elle est mère, elle comprend. »

« Quand je rencontre un problème dans mon couple, j’appelle ma marraine qui est mariée depuis 50 ans ».

Lorsque ses amies ne sont pas disponibles, elle utilise les nombreux outils que le groupe semble lui avoir transmis. « J’écris, je lis les livres conseillés, je fais des exercices de respirations. Avant le groupe, je ne parlais pas, je ne partageais pas ».

Même si elle investit massivement les groupes, elle dit aujourd’hui avoir trouvé un équilibre, lui permettant de consacrer plus de temps à sa famille. Avant, elle ne savait pas dire non, acceptait dès qu’on lui demandait d’être marraine, et se retrouvait débordée. Pour elle, les groupes lui ont permis de retrouver une vie normale, même si elle dit toujours avoir ses anciens symptômes, aujourd’hui simplement maîtrisés : « Parfois je me réveille le matin, je suis énervée, déconnectée et pour moi ça c’est le trouble, ça c’est la maladie. Quand je déraile, que je n’arrive pas à accepter la vie comme ça, je dois être vigilante. J’ai beaucoup de gratitude pour ces associations car elles nous poussent à apprendre à nous connaître pour mieux naviguer notre vie. »

V. Discussion du cas à la lumière de ces nouvelles théories : une dépathologisation de l’addiction au groupe. Un nouveau symptôme comme point d’équilibre.

Marie se tourne vers le groupe à un moment où tout bascule dans sa vie. « Ce n’est que grâce à l’épuisement des ressources des personnes codépendantes que cette structure fusionnelle se brise, et qu’une aide spécialisée peut être acheminée. C’est au moment où l’entourage ‘touche le fond’ que se produit souvent un changement véritable » (Danis, 2013, p.3). Marie évoque effectivement un processus de ce type, décrivant une addiction de plus en plus envahissante et des relations personnelles lourdement affectées par des symptômes codépendants. Pour elle, l’organisation permet d’arrêter l’abus de substance, de cesser de faciliter la consommation de l’autre et de se « détacher de façon affectueuse »³ dans ses relations familiales (Groh et al, 2008).

En effet, le groupe lui a permis, dans un premier temps, de renoncer à la toxicomanie. Elle affirme que c’est notamment ses amis privilégiées et son rôle de sponsor qui ont permis la pérennisation de son abstinence. Galanter et al. (1990, cités par Groh et al., 2008) ont montré qu’aider les nouveaux venus dans leur rétablissement facilitait l’abstinence. Quel que soit le nombre de réunions auxquelles se rendent les membres, c’est le fait d’aider les autres participants qui permet de déterminer le risque de rechute dans l’année qui suit le traitement (Groh et al., 2008).

Mais son implication dans le groupe n’a fait que s’approfondir, l’amenant à assister à des réunions parfois deux fois par jour. Là où des professionnels de la santé mentale évoqueraient une addiction relationnelle au groupe, Marie trouve un point d’équilibre permettant enfin un mieux-être. Seligman (1995) reconnaît cette population de patients, qu’il appelle les “therapy junkies” ou “toxicomanes de la thérapie”, qui investissent le soin comme un nouveau mode de vie. Il remarque également leurs particularités par rapport aux autres patients : leurs symptômes sont plus sévères initialement, ils ont généralement un trouble émotionnel, ils ont plus souvent tendance à voir un psychiatre et à prendre un traitement et ils choisissent plus souvent une approche psychodynamique. Seligman (1995) souhaite cependant souligner que cette nouvelle appellation n’est pas uniquement péjorative car ces patients tirent profit de ces traitements à long terme. En effet,

leur symptôme est presque toujours amélioré et ils ont plus d'insight et de confiance en soi. De plus, ils sont plus productifs lorsqu'ils travaillent, ont des relations interpersonnelles beaucoup plus saines et disent plus profiter de la vie.

Son engagement dans ces réunions permet notamment de remanier des expériences précoces difficiles. Benjamin et Wonderlich (1994, cité par Leible et Snell 2004) évoquent le lien entre traits de personnalité et vécu familial. Dans le cas de Marie, sa codépendance est née dans un contexte précoce chaotique, avec une mère souffrante et une pudeur familiale qui ne permettait pas l'expression des émotions.

Le groupe lui apprend également l'intelligence émotionnelle, lui permettant de combler le sentiment de vide et de carence qui déclenchent ses compulsions diverses. L'intelligence émotionnelle, selon Salovey et Mayer (1990, cités par Leible et Snell 2004) est l'appréciation et l'expression de l'émotion, sa régulation et son utilisation à des fins motivationnelles. Tout cela permet en effet de s'adapter aux aléas de la vie en utilisant à la fois des techniques de coping rationnelles et émotionnelles. Mais cette notion ne s'arrête pas à la compréhension de soi-même et de l'insight, s'élargissant aussi à la capacité à reconnaître et comprendre les émotions des autres de manière ouverte et empathique (Mayor et Salovey, 1993, 1997 cités par Leible et Snell, 2004). Le groupe semble en effet venir apporter cette structure émotionnelle et joue le rôle de régulateur externe. Lorsqu'elle ne réussit pas à se réguler seule, elle active son réseau d'amies privilégiées. Cette externalisation lui permet, pour chaque type de difficultés rencontrées, « d'invoquer » celle qui apportera l'aide précise dont elle aura besoin. En ce sens, même si elle n'y parvient pas toujours seule, elle sait mettre en place des stratégies qui permettront d'apaiser chacune de ses angoisses. Ceci paraît inhabituel et économiquement couteux, mais lui offre un équilibre qu'elle n'avait jusqu'ici jamais connu.

Pour Marie, le groupe tient lieu d'entité structurante dans sa vie, là où d'autres fonctions régulatrices internes font sans doute défaut. De nombreuses études (Galanter, 1983 cité par Galanter, 2007) montrent que l'adhésion à un groupe et le développement d'un sentiment d'affiliation permettent de diminuer la détresse émotionnelle, créant un effet de soulagement. Il semblerait que le même mécanisme soit à l'œuvre dans les groupes issus du modèle Minnesota. Ces études montrent également que l'amélioration durable de l'humeur nécessite que la personne maintienne un lien quasi dépendant au groupe. En effet, le groupe peut avoir des attentes comportementales précises qui peuvent recréer ponctuellement un sentiment de détresse au moment de l'adhésion. Nous pouvons évoquer par exemple la demande d'abstinence totale chez les Alcooliques Anonymes, ou la condition de "non traitement" chez Al-Anon (le but étant d'arrêter de réagir et de s'impliquer dans la vie de l'autre). Ainsi, et de manière paradoxale, c'est le maintien des liens sociaux du groupe qui créent ce malaise initial mais qui permettront également de le soulager dans un deuxième temps. Nous comprenons alors la nécessité de rester dans le groupe, malgré cette première étape inconfortable. De plus, comme la structure du groupe s'apparente à celle d'un groupe religieux, d'un réseau social ou d'une organisation caritative, nous comprenons que les personnes restent après la disparition de leur symptôme. En effet, ils incorporent le groupe dans leur vie quotidienne comme ressource sociale et comme opportunité du service communautaire (Humphreys, Finney et Moos, 1994 cité par Groh et al., 2008).

Nous pouvons aussi imaginer qu'il y ait une légère majoration de ses symptômes, codépendants et addictifs, pour justifier l'adhésion durable dans le groupe. En effet, nous notons ceci chez Marie, pour qui les bénéfices secondaires d'un maintien à minima de sa symptomatologie semble nécessaire : elle profite d'une importante implication dans son mouvement d'aide qui lui offre en échange une sorte de famille de substitution, de nouveaux repères sains et des outils de régulation émotionnelle.

Conclusion

Ce cas clinique nous pousse à interroger la santé mentale et à ouvrir le débat autour de la question du bien-être subjectif, soutenu par le mouvement de rétablissement. En effet, le recovery est défini comme un processus qui permet de vivre, de travailler, d'apprendre et de faire partie d'une communauté (US federal governments's Presidential Commission on Mental Health 2003, cité par Galanter, 2007). Ce concept met l'accent sur la capacité à mener une vie pleine de sens, et d'entrevoir de nouvelles perspectives positives (Committee on Public and Community Psychiatry, 2005 cité par Galanter, 2007), plutôt que de simplement amoindrir des symptômes psychopathologiques. L'humilité est d'ordre, car des études récentes montrent que des facteurs encore peu étudiés influencent le mieux-être de nos patients, comme le degré d'espoir ou la décision personnelle de soin. En effet, nous savons qu'environ 15% des patients montrent une amélioration mesurable associée avec le simple fait d'avoir pris un rendez-vous pour une séance (Howard, Kopta, Krause, and Orlinsky, 1986 cite par Defife et Hilsenroth, 2011).

Ces études suggèrent que beaucoup de facteurs, comme l'importance des attentes du patient, restent à élucider car la simple décision de soin peut être soignante. C'est alors que la prise en compte des besoins spécifiques du patient prend tout leur sens. La patiente issue de ce cas met en place un comportement qui est en adéquation avec la théorie du rétablissement et lui fait accéder à un nouvel équilibre, permettant de donner sens à sa vie, de maintenir son abstinence, et de créer et consolider de nouvelles relations saines. Sans doute n'aurait-elle pas pu bénéficier de tout cela avec une thérapie classique, qui ne serait pas parvenue à combler ce sentiment de vide comme elle l'entendait, ni à trouver à travers son traitement une mission spirituelle auprès des autres. A chacun sa vérité.

Déclaration des conflits d'intérêts

L'auteur déclare ne pas voir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.



/// Références

- Angel, P., Angel, S. (2003) *Les toxicomanes et leurs familles*. Lieu de publication: Armand Colin
- Danis, D. (2013) *La maladie de la dépendance et la codépendance : l'effet miroir (Point d vue)*. ARPES [En ligne], Varia, Thématiques, <http://arpes.fr/index.php?id=188>
- Defife, J.A., Hilsenroth, M.J. (2011) *Starting Off on the Right Foot: Common Factor Elements in Early Psychotherapy Process*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(2), 172-191
- Estock, P., Hughes-Hammer, C., Marstolf, D., Zeller, R. (1999) *Codependency in Male and Female Helping Professionals*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 97-103.
- Farrell, P. (2003) *How to be your own therapist*. Lieu de publication: The McGraw-Hill Companies
- Flores, P.J., Georgi, J.M. (2005) *Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) US Department of Health and Human Services. Series 41. DHHS Publication No. (SMA) 05-3991*.
- Fonagy, P. (2010) *Psychotherapy research: do we know what works for whom?* *The British Journal of Psychiatry*, 197, 83-85
doi:10.1192/bjp.bp.110.079657
- Galanter, M. (2007) *Spirituality and recovery in 12-step programs: an empirical model*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 267-272
- Groh, D.R., Jason, L.A., Keys, C.B. (2008) *Social network variables in alcoholics anonymous: a literature review*, *Clinical Psychology Review*, 28, 30-450
- Hughes-Hammer, C., Martsof, D.S., Zeller, R. (1998) *Development and Testing of the Codependency Assessment Tool*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (5), 264-272
- Kelly, J.F., Greene, M.C. (2013) *The Twelve Promises of Alcoholics Anonymous: Psychometric measure validation and mediational testing as a 12-step specific mechanism of behavior change*, *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 633-640
- Kelly, J.F., Stout, R.L., Magill, M., Tonigan, J.S. (2011), *The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes: A prospect lagged mediational analysis*, *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 119-126
- Kuuluvainen, V., Isotalus, P. (2014) *Supporting others – supporting oneself: Members' evaluations of supportive communication in Al-Anon mutual aid groups*, *Studies in Communication Sciences*, 14 (1), 45-53
- Leible, T.L., Snell, W.E. (2004) *Borderline Personality Disorder and multiple aspects of emotional intelligence*, *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404
- Marmion, J-F. (2014) *Parole des patients, la fin d'un tabou. Le cercle psy, Hors série n°3*
- Miller, W.R., Meyers, R.J., Tonigan, J.S. (1999) *Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems : a comparison of three strategies for intervention through family members*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 688-697
- Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2011) *What Works for Whom: Tailoring Psychotherapy to the Person*. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 67(2), 127-132. doi: 10.1002/jcl p.20764
- O'Hara, D.P. (2002) *Is there a role for prayer and spirituality in health care?*, *Complementary and Alternative Medicine*, 86 (1), 33-46
- Ribeyre, L. (2014) *La codépendance: nouvel outil Clinique ou flou conceptuel ? Une revue de la littérature*. *Pratiques Psychologiques*, 20 (4), 265-286
- Rusnakova, M. (2014), *Codependency of the members of a family of an alcohol addict*, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 132, 647-653
- Seligman, M.E. (1995) *The Effectiveness of Psychotherapy, The Consumer Reports Study*, *American Psychologist*, 50 (12), 965-974

