

« Comment s'organisent les interactions familiales autour d'une personne addictive ».

Dr Roussaux

Introduction

Les entretiens familiaux sont fréquents en pratique addictologique, qu'ils soient provoqués par les soignants ou demandés par les familles. Le rendez vous est souvent pris par un ou des proches du patient : conjoint, père, mère, frère, sœur, le patient étant « excusé »...

L'important est d'accéder à la demande. Le demandeur est ainsi le premier interlocuteur en l'absence de la personne désignée malade. Le soignant (médecin généraliste par exemple) « prend ce qui se présente » : si c'est l'enfant, nous pouvons le questionner sur son vécu (as-tu eu peur ? etc.). L'accès au soin se fait, en général, quand il y a un ou des problèmes engendrés par l'alcoolisation. De ce point de vue, tout ce qui peut faire « stop » est bon, y compris la contrainte judiciaire.

La notion de co alcoolique

Une première vignette clinique peut permettre de situer la réflexion: Un homme, dont l'épouse boit une grande quantité de whisky, alimente sa femme en bouteilles afin de lui éviter des chutes lors de ses sorties ou la honte sociale. Madame reste donc dans sa chambre et monsieur la pourvoie régulièrement. La situation est singulière en ce qu'elle pose le conjoint en « complice » de l'alcoolisation de son épouse, et en effecteur du contraire de ce qu'il dit désirer. Cette situation singulière définit le co-alcoolisme, notion déjà utilisée par les ALANON dès 1980.

Le rôle du co alcoolique est alors de maintenir l'équilibre, l'homéostasie dans la famille, pour « bien faire » mais, de ce fait, permettant la perpétuation de l'alcoolisation. Le sujet alcoolique va donc se trouver protégé des conséquences de sa conduite : « le conjoint met la main entre la dure réalité et la tête de l'alcoolique ». Rompre l'habitude quotidienne (du mari) va aller de pair avec l'invitation au changement de l'alcoolique (l'épouse).

Les différents types d'alcoolismes

L'alcoolisme va être différent en fonction du moment où il commence.

Le premier recours à l'alcool se fait pour des motifs variés. Cette porte d'entrée peut être sexuelle, professionnelle, psychique (timidité...), etc. Le maintien de cette alcoolisation va ensuite obéir à des facteurs variables dont sa nécessité dans l'organisation familiale (« ça sert à quelque chose à ce niveau ») et pour l'individu.

Les processus d'autonomisation (« prendre sa liberté ») sont déterminants pour comprendre les différentes formes d'alcoolisme.

Le passage de l'adolescence vers l'âge adulte requiert des « tâches », sorte de cahier des charges, pour l'accès à l'autonomisation et à la santé psychique :

- L'obtention d'un travail et de l'indépendance financière
- L'existence d'une vie affective : capacité d'aimer (objet exogamique pendant l'enfance)
- La « séparation géographique » : les distances sont ici révélatrices du fonctionnement (« je reste par loyauté » ou « je fuis un conflit de loyauté »).

Ces tâches seront compromises en fin d'adolescence par une alcoolisation nocive, et l'irruption de l'alcool aura des fonctions et répercussions différentes une fois installés les processus d'autonomisation (occupation de la scène conjugale ou retour vers les substituts parentaux).

On distingue ainsi 3 formes d'alcoolisme :

TYPE 1

Il s'agit de la forme précoce de l'adulte jeune : l'alcoolisation est discontinue, massive, avec perte de conscience, voire délinquance ; le comportement est « toxicomane ». Cette conduite empêche l'autonomisation, un lien affectif stable, le jeune restant soudé à sa famille. La problématique est verticale, la famille fait ce qu'elle peut et on assiste à une aggravation progressive : accident de la voie publique, problèmes judiciaires, incapacité professionnelle.

La composante génétique est ici prégnante (ce qui est différent de contraignante), c'est-à-dire qu'il y a vulnérabilité héréditaire et non déterminisme absolu.

Le soin doit être aspécifique ; il ne faut pas précipiter l'identification précoce à l'alcoolique ou au toxicomane. Si la désintoxication est précoce, ce sera après avoir compris l'utilité de l'alcool pour eux.

La communauté thérapeutique, le séjour type SSR (soin de suite et réadaptation) sont indiqués.

TYPE 2

C'est la forme « commune » survenant chez l'adulte autonomisé, ayant une relation affective, des enfants...

L'alcoolisation intervient comme automédication (d'angoisse par exemple), comme moyen de « faire face » (à l'ennui...), dans un contexte de difficultés primaires puis secondaires à l'alcool. Au début l'alcoolisation est efficace, venant soulager la souffrance psychique mais au prix de conséquences négatives. La vicariance du (de la) conjoint(e) entretient la persistance du symptôme. Le co alcoolique échoue puis renonce, et c'est alors l'appel à une aide extérieure (avant le décès !) ; les coups portés aux enfants constituent souvent une limite que la femme ne peut supporter. Le co alcoolique est ainsi le premier demandeur... Ou bien la fillette de 12 ans... Nous voyons ici la dissociation entre le porteur du symptôme (l'alcoolique), le souffrant (l'enfant par exemple), et le demandeur (la femme).

Le soin est classiquement ambulatoire, ou en institution (cure en hôpital ou clinique), avec, toujours, un rôle de la famille. L'accompagnement est long (plusieurs années).

La prise en charge du couple (qui sera reçu seul):

- La régularité et la fréquence aux RDV sont de bons indices.
- L'aménagement plus consensuel de la vie commune facilite l'abandon de l'activité compensatoire.
- On assiste à un dévoilement prudent des vies intimes.
- Ces entretiens permettent une analyse des facteurs de rechute.

L'alcoolisation aboutit à « l'auto-mise en touche de l'autre ». Les prérogatives ayant été abandonnées, le conjoint a été contraint de les assumer... Ce conjoint tout puissant prend alors tout l'espace, ce qui correspond en fait à une réaction de survie et à une souffrance.

Dans ce cadre, le soignant doit identifier son contre-transfert et être là pour tous.

TYPE 3

L'alcoolisme est ici « dépassé » (dénomination ancienne), avec désinsertion et perte de l'autonomie acquise.

Il y a régression « adolescente » secondaire, dépendance à la famille ou à l'institution. Le mode de vie est en effet ponctué de retours tardifs, de « levers sans heures », d'une déstructuration des rythmes sociaux, de délirium tremens etc.

La prise en charge est lourde : séjours hospitaliers, suivi ambulatoire, SSR, etc., et vise à refaire le chemin inverse d'autonomisation (reconstitution d'un milieu social

d'entraide). Il est à déplorer 12.5% de décès après les sorties de SSR, mais 35% des patients vont bien.

La question des bons résultats thérapeutiques : Nous pouvons considérer comme résultats l'abstinence et l'amélioration de la vie en général (baisse des tensions, moins d'hospitalisations).

Utilité du modèle

Elle réside dans la recherche clinique sur les familles, la psychodynamique, la recherche thérapeutique et pharmacologique (constitution de catégories homogènes, étude avec l'acamprosate).

Le travail avec les familles

L'alcool détermine la vie familiale et en est l'organisateur premier : le choix des amis peut se faire selon le critère « amis qui boivent » ou au contraire « amis qui ne boivent pas ». Le soutien familial précoce, la préparation du sevrage sont garants d'une meilleure poursuite de la thérapie. Ceci trouve des obstacles notamment dans le fait que de nombreux alcooliques « n'ont plus de famille ». Il faut alors vérifier cette réalité : chercher, faire venir et à défaut retrouver un tissu affectif ou social.

Les parents séparés : les faire revenir est parfois possible. La reprise de l'autonomie ou de l'autonomisation peut se faire avec un seul parent (on évoque l'autre).

Dans l'accueil du « système » les formules ouvertes sont possibles, mais si le nombre de personnes est important, il faut être au moins deux thérapeutes.

L'interrogation de la famille de 2010 est inévitable.

Qu'est devenu le modèle patriarcal, à une époque où 50% des familles sont monoparentales, où le mariage n'est plus le rêve de tous (sauf des homosexuels et des prêtres –plaisanterie !!-) ?

La fratrie constituera-t-elle l'unité de permanence sur laquelle s'appuyer ?

Résumé effectué par L Lebocey