

# Une vision systémique du travail avec les proches de patients dépendants

*Daniel Alhadeff, psychologue F.S.P., formé en thérapie systémique, Unité d'Alcoolologie de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève*

*Dans cet article, j'examinerai la relation complexe qui unit le patient alcoolo-dépendant et ses proches du point de vue de certaines théories systémiques, tout en faisant des liens avec la notion de co-dépendance. Dans une seconde partie, je m'intéresserai à la prise en charge des proches de patients alcoolo-dépendants dans les thérapies systémiques.*

## **Quelques notions de base des théories systémiques**

Il ne serait pas pertinent de faire ici un historique des thérapies systémiques. Je me concentrerai donc sur les notions de base utiles pour la compréhension du symptôme de dépendance et sur celles qui sous-tendent les interventions systémiques les plus courantes.

Au niveau terminologique, je préférerais simplifier et utiliser les mots thérapies systémiques pour englober les thérapies familiales et de couple.

Le premier modèle systémique est le modèle circulaire. Ce modèle se différencie d'un modèle linéaire et causal. Le modèle circulaire a plusieurs particularités: D'abord, les relations entre deux éléments A et B ne sont plus linéaires, unilatérales et causales mais circulaires (A influence B qui en retour peut influencer A).

Exemple 1: Monsieur rentre alcoolisé. Découvrant cela, Madame se met en colère. M. ne supporte pas les cris de Mme et repart boire au bistrot. Si on demande à chacun des intervenants comment il comprend la séquence, on risque de découvrir qu'ils ont une vision linéaire: «Je bois parce qu'elle crie» et «je crie parce qu'il boit». Ce qui est le propre d'une séquence de type:  $A \Rightarrow B \Rightarrow A \Rightarrow B \Rightarrow A \Rightarrow B \Rightarrow A$  etc., c'est qu'on peut isoler n'importe quelle partie  $A \Rightarrow B$  ou  $B \Rightarrow A$  et que chacun est donc de bonne foi mais sans être conscient que son comportement influence en retour celui de l'autre.

Pour les systémiciens, le symptôme

concerne non seulement l'élément porteur de ce dernier (patient désigné) mais tout le système en fonction de ce principe de circularité.

Cette notion est vraiment centrale, car elle considère le symptôme comme une entité qui ne fait pas partie intégrante de la personne, un peu comme un habit. Il n'y a pas de personne alcoolique, il y a une personne qui boit trop dans certaines conditions et à certains moments (qu'il s'agira d'ailleurs de déterminer). Pour le thérapeute, comme pour le patient, ce modèle offre une grande place au changement et à la liberté. Une partie de la thérapie consistera à aider le patient à comprendre qu'il a la liberté de choisir d'autres comportements que celui de boire.

Dans le modèle circulaire, on notera ensuite que plusieurs interactions différentes peuvent donner le même résultat. Ce principe d'équifinalité rejoint parfaitement le modèle multifactoriel de l'alcoolisme. Pour reprendre notre exemple, M. a peut-être bu parce qu'il anticipait avec anxiété la façon dont sa femme allait l'accueillir. Mais il a peut-être bu aussi parce qu'il avait eu une mauvaise journée au travail ou parce qu'il a rencontré un ami qui l'a entraîné, etc. Il y a de nombreuses manières d'expliquer un comportement et parfois la personne qui agit n'est pas entièrement consciente de toutes les raisons qui la motivent. Les systémiciens ne s'attachent pas à comprendre les causes mais plutôt les effets observables de chaque comportement. Et quand ils observent un changement, ils postulent à nouveau qu'il y a plusieurs causes (dont l'une est peut-être leur

intervention) et surtout continuent à en examiner les effets en explorant de nouvelles séquences. Le but étant ici d'éviter de tourner en rond et d'aider le couple à créer de nouveaux comportements.

Le modèle circulaire a d'autres propriétés: Le système constitue un tout cohérent qui est d'avantage que la somme de ses éléments. Dans un couple, il y a Madame, Monsieur et leur relation. Le systémicien s'attache surtout à étudier cette dernière. Le comportement de l'un n'est compris qu'en fonction de la réaction de l'autre. Et en ce qui concerne le symptôme, il s'agit de déterminer comment il influence la relation, quel rôle il joue dans le couple ou la famille.

Toute tentative de modifier le système entraîne des «rétroactions» qui s'opposent à cette modification. Cela peut être compris comme une résistance aux changements ou une tendance à maintenir l'équilibre du système (aptitude à l'homéostasie).

Exemple 2: M. arrête de boire. Au début, il y a moins de disputes. Mieux dans sa peau, il reprend peu à peu sa place auprès de ses enfants qui sont très heureux de ce changement. Madame se sent maintenant moins importante. Elle se déprime, ce qui la rend irritable. Peu à peu les disputes reprennent.

A l'inverse, le système est capable de s'adapter à des changements extérieurs pour conserver son identité (aptitude au changement).

Exemple 3: Madame a toujours été l'élément moteur du couple. Le jour où elle perd son travail, l'équilibre du couple est modifié. L'alcoolisme de M., qui commence à cette époque, peut être compris comme une manière de rétablir l'équilibre antérieur: il devient peu fiable et est de plus en plus absent. Du coup, Mme doit gérer toutes les finances et acquiert ainsi de nouvelles responsabilités. Le problème se posera quand elle retrouvera du travail et que la «solution» de M. deviendra à son tour un problème.

Enfin, un système peut être plus ou moins souple ou rigide dans ses capacités de régulations externes et internes. Il possède une frontière plus ou moins perméable aux apports de l'environnement. Un système fermé subit l'entropie, c'est-à-dire une déperdition d'énergie, qui le condamne. Un système ouvert se maintient grâce à des apports extérieurs d'énergie. En général, les systèmes doivent donc être en relation avec l'extérieur pour survivre mais ils sont perturbés par ces relations indispensables. Un système trop fermé dont un des membres

tombe malade est confronté à un dilemme: s'ouvrir au monde extérieur pour faire soigner le malade en courant le risque d'être gravement perturbé ou laisser le membre malade continuer à souffrir au risque de le perdre et donc d'être également gravement perturbé.

La deuxième théorie systémique s'intéresse à l'évolution du système dans le temps. Le système-famille va avoir un début (constitution d'un couple) et plusieurs étapes (naissance des enfants, adolescence des enfants, départ des enfants, maturité du couple, décès ou mariage de l'un des membres de la famille, etc.). Ces événements auxquels le système-famille doit s'adapter constituent une deuxième théorie systémique basée sur les cycles de vie ou théorie des crises et changements. Les crises (comme régulations pour s'adapter à de nouvelles circonstances) surviennent à chaque étape du processus et n'étant pas négatives en elles-mêmes mais demandant au système de s'adapter et donc de changer. Les problèmes apparaissant quand la famille est incapable de passer à l'étape suivante (aptitude à l'homéostasie) et s'enferme dans un fonctionnement qui répète ses stratégies d'adaptation dans un nouvel environnement où elles ne sont pas ou plus adéquates comme dans l'exemple 3. Selon ce modèle systémique, l'alcoolisme pourra être considéré comme le signal d'une crise non résolue survenue à un moment du cycle de vie (naissance d'un enfant, autonomisation des enfants, etc).

Enfin, une troisième théorie considère les différents mythes du couple et de la famille comme constructions plus ou moins conscientes constituant les bases du système. Les problèmes surviennent quand un événement remet en cause et/ou «abîme» le mythe et donc la base du couple/famille ou quand les deux partenaires se rendent compte qu'ils ne partagent pas le même mythe.

La question primordiale sera de déterminer si le symptôme alcoolique fait partie du mythe et était donc là au moment de la rencontre (le mythe étant par exemple que Mme soit la soignante de M.) ou s'il est apparu plus tard en réaction à un problème lié à un mythe sans rapport: par exemple M. boit depuis qu'il a découvert que sa femme l'a trompé (le mythe brisé pouvant être ici celui de la fidélité).

## La co-dépendance

Le modèle de la co-dépendance se définit en fonction de la dépendance: «Je suis

dépendant de la personne dépendante de l'alcool» ou «le problème d'alcool me touche par l'entremise de l'alcoolique qui est mon proche». La co-dépendance s'articule donc autour du lien qui unit le dépendant à ses proches et par la création d'un autre symptôme qui est la co-dépendance. S'il n'y a pas de lien entre les deux, il n'y a pas de co-dépendance possible. Par contre, les liens affectifs ne sont pas les seuls pouvant permettre l'installation d'une co-dépendance. Des employés d'un même service sont ainsi liés par leur fonction au sein d'une entreprise. Si un employé dysfonctionne, les collègues co-dépendants se répartiront la masse de travail qu'il ne peut plus assumer pour que l'extérieur ne se rende pas compte qu'il existe un problème dans leur service.

Selon le point de vue systémique, nous nous situons dans un modèle circulaire. Le fait que le membre porteur du symptôme n'assume plus toutes ses fonctions oblige le ou les autres membres du système à modifier leur comportement pour essayer de «corriger» le déséquilibre (rétroaction). Comme dans une balance, si vous ajoutez un poids sur un plateau vous devez en ajouter sur l'autre plateau pour maintenir l'équilibre (homéostasie). L'exemple classique est l'épouse qui essaye d'empêcher son mari de boire. Sans le vouloir, elle augmente encore le problème car son mari furieux boit davantage. Les deux comportements sont des rétroactions mais qui ne visent pas le même but. Madame essaye de maintenir les relations avec l'extérieur: elle paye les factures, donne des excuses, cherche les bouteilles, etc. M., qui ne se rend pas compte du déséquilibre par rapport à l'extérieur, essaye de reprendre le contrôle à l'intérieur de la famille. En buvant plus, il montre que c'est toujours lui le chef.

Selon le modèle de la co-dépendance, on prescrit aux proches l'abandon des stratégies de contrôle, la reconnaissance de l'impuissance et la responsabilisation: «Occupez-vous de vous, mettez des limites», etc. On envoie le co-dépendant à des groupes de proches comme on envoie l'alcoolique à des groupes de soutien. Selon ce modèle, l'alcoolique doit se responsabiliser par rapport à une démarche d'abstinence et ses proches ne doivent plus intervenir dans le domaine de son problème d'alcool au risque de déresponsabiliser à nouveau le patient. Ce modèle a donc une compréhension circulaire mais propose des solutions linéaires: chacun doit soigner son symp-

tôte de son côté.

Le systémicien traitera dépendance et co-dépendance en même temps en voyant le couple ou la famille et en ne s'attaquant pas directement aux symptômes mais aux relations entre les membres du système.

## Indications

Se pose alors la question de l'indication: quand doit-on utiliser des thérapies individuelles et quand doit-on utiliser des thérapies systémiques? On peut distinguer trois éléments de base: le symptôme, la souffrance qui en découle et l'allégation (le fait de parler du premier ou de la deuxième ou de demander de l'aide). Quand les trois éléments sont «portés» par la même personne, il s'agit d'une bonne indication de thérapie individuelle. Quand, au contraire, les éléments sont répartis dans une famille, c'est une indication de thérapie systémique. L'un des problèmes du symptôme alcoolique, c'est que celui qui le porte n'est souvent pas le premier qui en souffre en raison du déni et des effets psychotropes de la substance. Et donc souvent, c'est celui qui souffre - le proche - qui demande de l'aide. Une thérapie systémique semble donc de rigueur dans ce cas. Le problème devient alors de faire accepter à celui qui ne fait pas la demande de venir voir un thérapeute. A l'inverse, on rencontre des situations où c'est le proche qui, malgré sa souffrance, refuse une thérapie de couple parce que «c'est l'autre qui est malade». Comme on le constate, l'indication ne suffit donc pas. D'ailleurs le but de la thérapie est parfois justement de faire émerger une demande.

Si on reprend maintenant la notion de co-dépendance, on voit que la thérapie individuelle du proche est adéquate si sa demande est personnelle, c'est-à-dire qu'il veut travailler sur le symptôme «co-dépendance» et non sur le symptôme de «dépendance» de son proche. Si ce n'est pas le cas, on retombe dans une indication de thérapie systémique.

## La demande

Il y a rarement au début - et même après une cure de désintoxication - demande de thérapie de couple ou de famille et cela en raison du fait que proches et patients sont dans un modèle et une demande linéaire: «il faut soigner son alcoolisme,

le réparer», «il faut changer mon proche, lui dire de ne pas me quitter». C'est une demande désignative car centrée sur le patient désigné (que se soit le dépendant ou le co-dépendant). La demande désignative peut aussi être centrée sur l'extérieur: «le problème c'est que mon mari est au chômage» sur laquelle peuvent s'accorder les membres du couple ou être reprise par le médecin traitant: «le vrai problème, c'est la dépression».

Il existe ainsi toute une série de demandes problématiques comme les demandes centrées sur la crise mais pas au sens systémique du mot, c'est-à-dire qu'une fois la cure terminée, le problème est réglé pour le couple. Alors que, comme nous l'avons vu, il ne suffit pas d'enlever le symptôme, il faut également comprendre sa fonction.

Exemple: la fonction de l'alcoolisme de Mme est de maintenir la position dominante de M. dans le couple. Ce qui est une façon d'expliquer pourquoi c'est toujours M. qui entraîne Mme à recommencer à boire. Si Mme veut maintenir son abstinence (ou ne pas développer un autre symptôme comme une dépression), le couple ne pourra pas faire l'économie de négocier le rôle de chacun dans le couple. Et on découvrira peut-être que M. a beaucoup de difficulté à accepter une relation sans rapport de force.

Citons encore les demandes paradoxales où chaque membre du couple a des attentes, des objectifs différents ou opposés à ceux de l'autre: continuer en couple, se séparer.

## Implications cliniques

Dans les cas d'une indication de thérapie systémique, la première implication pour le thérapeute sera donc d'arriver à reformuler la demande problématique ou linéaire d'une manière systémique qui satisfasse tous les membres de la famille et d'arriver à trouver un objectif auquel adhèrent le patient désigné comme ses proches.

## Illustration

Le thérapeute reçoit un couple. M. a 62 ans, Mme 47. Ils ont deux enfants de 16 et 18 ans. Mme se plaint du problème d'alcool de son mari qui dure depuis quatre ans. Elle se plaint surtout de son agressivité verbale quand il rentre le soir, c'est ce qui motive sa demande. Son mari n'est pas d'accord, il n'a pas l'impression de boire trop. Il minimise ses colères

du soir et les met sur le compte d'une surcharge professionnelle. Il explique aussi que sa femme se refuse à avoir des relations sexuelles avec lui et qu'il boit d'avantage dans ces moments. Mme rétorque qu'elle se refuse à lui parce qu'il sent l'alcool. Au cours de l'entretien, une grande inquiétude pour les enfants est manifestée par Mme. Enfin, un dernier sujet est abordé: la question du retour en Espagne, le pays d'origine du couple. Au début de leur mariage, ils avaient en effet décidé de rentrer au moment de la retraite de M. Depuis quelques années Mme remet en cause ce projet car toute sa famille vit à Genève. Devant une telle situation, plusieurs possibilités s'offrent au thérapeute. Comme nous l'avons vu, de son hypothèse de départ dépendra le projet thérapeutique qu'il construira avec la famille. Imaginons trois déroulements alternatifs pour la même situation:

### *Variante 1*

Le thérapeute décide de s'attaquer au cercle vicieux dans lequel est enfermé le couple. Il explore les boucles comportementales qui mènent soit aux alcoolisations de M. soit aux refus de relations sexuelles de Mme. Il pose des questions pour déterminer quand commence la séquence et quand elle se termine (réconciliation qui permet de se fâcher à nouveau un peu plus tard). Entre les séances, il demande aux deux membres du couple de s'observer pendant ces moments de crise. Cette tâche a pour effet de désamorcer les conflits (il est difficile de se disputer tout en s'observant). Parallèlement, les questions du thérapeute amènent progressivement mari et femme à se rendre compte qu'ils sont tous les deux des victimes et qu'aucun des deux n'est vraiment responsable des malheurs de l'autre. Ils passent ainsi sans le savoir d'un modèle linéaire (je fais ceci à cause de l'autre) à un modèle circulaire (quand je fais ceci, cela a telle conséquence sur l'autre. En fait, c'est moi qui provoque sans le vouloir ce que j'essaie d'éviter). Après plusieurs séances, leur comportement commence à évoluer: M. boit moins et ils ont à nouveau des relations sexuelles satisfaisantes.

### *Variante 2*

Le thérapeute décide de suivre la piste des enfants qui sont probablement dans un processus d'autonomisation, ce qui modifie et déstabilise l'équilibre familial. Il propose de voir les enfants sans leurs parents dans l'entretien suivant

puis de revoir à nouveau le couple. Les enfants se montrent très inquiets pour leur père et l'aîné peut dire qu'il remet en cause son projet de partir étudier à l'étranger à la fin de son collège, projet qu'il a depuis environ deux ans. Quand le thérapeute aborde le sujet du départ de l'aîné devant le couple, M. se dit très inquiet pour son fils qu'il trouve trop fragile pour partir seul alors que Mme, elle, encourage son fils à suivre son idée. Le thérapeute propose donc aux parents comme but des séances d'arriver à se mettre d'accord sur un projet éducatif commun. M. arrête de boire dès la quatrième séance mais ils découvrent entre temps que leur fils fume de la marijuana. Ce symptôme disparaîtra à son tour à mesure que la thérapie avance et que le couple développe des stratégies éducatives communes face aux enfants.

#### *Variante 3*

Le thérapeute fait l'hypothèse que l'élément déclencheur du problème est la rupture par Mme d'un contrat établi tacitement depuis le mariage (mythe) : à savoir le retour en Espagne qui semble représenter beaucoup pour M. Il explore donc avec le couple les conséquences pour l'un et pour l'autre de rester et de partir et les fait ainsi prendre conscience des enjeux cachés derrière cette décision : s'éloigner de sa famille d'origine pour Mme et se retrouver isolée dans un pays où elle n'aura plus la position sociale qu'elle a ici ; être récompensé de toutes ces années difficiles pour M. et être reconnu par ses pairs qui sont déjà ren-

trés avant lui. Le couple pourra ainsi renégocier la décision en comprenant mieux la position de l'autre et, si possible, trouver un compromis acceptable pour chacun.

## Discussion

Notre façon de concevoir une situation ou un problème va donc influencer notre manière de la comprendre ou de le résoudre. Le patient, comme ses proches, a lui aussi une vision et une compréhension de ce qui lui arrive. Souvent, ce qui est un problème pour les autres n'est pas un problème pour lui. Ecouter et comprendre le point de vue du patient est donc la première étape essentielle avant d'entamer une sorte de travail de traduction, d'abord pour que le patient et ses proches recommencent à se comprendre, ensuite pour qu'ils trouvent une base commune pour commencer le travail de changement.

## Conclusion

Le point commun entre le modèle de la co-dépendance et la systémique est le partage d'une vision circulaire. La différence réside dans la manière de traiter le problème. Pour les systémiciens, les proches du patient désigné ne représentent donc pas seulement une aide dans sa prise en charge mais sont indissociables de cette dernière à partir du moment où ils sont por-

teurs d'une souffrance et/ou d'une demande.

Parfois, le travail du thérapeute consiste à proposer une nouvelle vision des événements pour donner au patient une prise pour agir sur eux. Parfois, le thérapeute doit laisser les patients redéfinir leur problématique de manière à ne plus être victimes mais acteurs de changement.

Bien sûr, je n'ai abordé ici que les cas de la famille directe : conjoint(e), enfant(s) car la majorité des théories se réfèrent au couple et à la famille. Pour le cas d'autres proches (fratrie, amis, collègues de travail, etc.), les mêmes modèles sont applicables mais dans un cadre thérapeutique forcément différent.

Le sujet permettrait encore de longues discussions, mais j'espère que ces quelques pistes auront été suffisamment intrigantes pour stimuler la réflexion. Alcoologie et thérapies systémiques ne sont qu'au début d'une rencontre qui ne peut être que stimulante et fructueuse, à l'image d'un couple qui débute.

---

## Bibliographie

- J. MAISONDIEU, L. METAYER, *Les thérapies familiales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.  
S. MINUCHIN, *Famille en thérapie*, Begedis, Editions Universitaires, 1983.  
A. NAPIER, C. WHITAKER, *Le creuset familial*, Paris, Robert Laffont, 1980.  
G. SALEM, *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Masson, 1996.  
R. NEUBURGER, *Le mythe familial*, Paris, ESF éditeur, 1995.